

LES FORMES GRANULIQUES
de
la Tuberculose dans le post-partum

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le jeudi 20 décembre 1934

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LEIBOVICI (Marcel)

né le 28 janvier 1906, à Adjut (Roumanie)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. FRUHINSOLZ, Professeur.	Président.
		ETIENNE, Professeur	Juges.
		VERMELIN, Agrégé	
		ABEL, Agrégé	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY

IMPRIMERIE GEORGES THOMAS

28, Rue de Solignac

1934



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LES FORMES GRANULIQUES
de
la Tuberculose dans le post-partum

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le jeudi 20 décembre 1934

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LEIBOVICI (Marcel)

né le 28 janvier 1906, à Adjut (Roumanie)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. FRUHINSHOLZ, Professeur.	Président.
		ETIENNE, Professeur	Juges.
		VERMELIN, Agrégé	
		ABEL, Agrégé	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY
IMPRIMERIE GEORGES THOMAS
28, Rue de Solignac

1934

Université de Nancy - Faculté de Médecine

Doyen: M. L. SPILLMANN, O *, I *

Professeurs honoraires: MM. NICOLAS, *, I *

WEISS, O *, I *; BOUIN, O *, I *

ANCEL, *, I *; GARNIER, *, I *; MACÉ, *, I *; P. PARISOT, O *, I *

DUFOUR, *, I *; THIRY, *, I *

PROFESSEURS:

Anatomie pathologique	M. HOCHÉ, O *, I *
Clinique médicale	M. ETIENNE, O *, I *
Clinique des maladies syphilit. et cutanées..	M. L. SPILLMANN, O *, I *
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.	M. FRELICH, *, I *
Physiologie	M. LAMBERT, *, I *
Clinique obstétricale et Accouchements.....	M. FRUHHINSHOLZ, O *, I *
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. JACQUES, *, I *
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ, *, I *
Histologie	M. COLLIN, *, I *
Anatomie descriptive	M. LUCIEN, *, I *
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL, *, I *
Clinique médicale	M. RICHON, *, I *
Chimie médicale	M. ROBERT, *, I *
Thérapeutique	M. PERRIN, *, I *
Hygiène et médecine préventive.....	M. J. PARISOT, C *, I *
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, *, I *
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, *, I *
Hydrologie	M. SANTENOISE, *, A *, *
Clinique des maladies des enfants.....	M. L. CAUSSE, *, I *
Bactériologie	M. DE LAVERGNE, *, I *
Professeurs sans chaire.....	M. JOB, *, I *
	M. WATRIN, *, I *

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES:

Clinique des maladies tuberculeuses.....	M. PERRIN, *, I *, professeur.
Pathologie générale.....	M. P. SIMONIN, I *, agrégé.
Clinique gynécologique.....	M. A. BINET, *, I *, agrégé libre.
Pathologie externe.....	M. GUILLEMIN, A *, agrégé.
Clinique des maladies contagieuses.....	M. DE LAVERGNE, *, I *, professeur
Propédeutique dermatologique.....	M. WATRIN, *, I *. Pr. s. chaire.
Médecine opératoire	M. BARTHÉLEMY, *, I *, agr. libre.
Electrothérapie et radiologie	M. G. LAMY, *, I *, ag. l., ch. de c.
Accouchements (cours théorique)	M. JOB, *, I *. Pr. sans chaire.
Obstétrique	M. VERMELIN, *, A *, agrégé.
Clinique propédeutique médicale	M. DROUET, A *, agrégé.
Pathologie interne	M. ABEL, *, A *, agrégé.
Anatomie et médecine légale.....	M. MUTEL, *, I *, agrégé.
Clinique des maladies mentales.....	M. HAMEL, *, docteur.
Education physique (I).....	M. L. MERKLEN, A *, agrégé.
Physiologie du travail.....	M. L. MERKLEN, A *, agrégé.
Clinique neurologique (I).....	M. MICHON, docteur,
Propédeutique O.-R.-L. (I).....	M. AUBRIOT, docteur.
Parasitologie	M. DOMBRAY, docteur,

AGRÉGÉS EN EXERCICE:

MM. MUTEL, *, I *	MM. DROUET, A *	MM. CHALNOT.
VERMELIN, *, A *	SIMONIN, A *	WOLFF.
GUILLEMIN, A *	MERKLEN, A *	POURSINES.
ABEL, *, A *	FLORENTIN.	MELNOTTE, O *
	BODART.	

AGRÉGÉS LIBRES:

MM. G. GROSS, *, I *; S. REMY, I *: BUSQUET, I *;
M. FAIRISSE, I *; BINET, *, I *; BARTHÉLEMY, *, I *; LAMY, *, I *.

M. E. TRIBOLET, I *, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE
ET DE MON GRAND FRÈRE

A MA MÈRE

*Bien faible témoignage de tendresse
filiale et de profonde affection.*

A MA SŒUR

A MA FEMME

*Les deux ont été pour moi les meilleurs
des conseillers, les meilleurs des amis.
Leur affection est pour moi un gage
dans l'avenir. Qu'elles trouvent un
faible témoignage de mon éternel atta-
chement.*

A MA BELLE-SŒUR ET A MON FRÈRE

Témoignage de vive affection.

A TOUS MES AMIS

*Quelque soit le coin où ils ont vu le
monde. Que chacun trouve ici un té-
moignage d'affection fraternelle.*

A mon Maître et Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR FRUHINSHOLZ

Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le très grand honneur
de présider cette thèse. Il nous a ins-
piré le sujet et nous a dirigé dans son
élaboration. En témoignage de notre
grande admiration et de notre très
vive reconnaissance.*

A mes Juges:

M. LE PROFESSEUR ETIENNE

Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VERMELIN

Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ABEL

Chevalier de la Légion d'honneur

*En témoignage de notre reconnaissance
pour le grand honneur qu'ils ont bien
voulu nous faire en acceptant de juger
notre thèse inaugurale.*

*A tous mes Maîtres de la Faculté de Médecine
de Nancy*

INTRODUCTION

« Il est complètement établi que très souvent la tuberculose pulmonaire subit du fait de la grossesse et de ses suites, un contre-coup fatal. Le danger est réel, mais il s'en faut qu'il soit constant ». Voilà l'axiome de SABOURIN. Si l'on consultait les diverses publications, on verrait que la plupart des auteurs sont d'accord sur l'impulsion que subissent maintes formes de tuberculoses actives pendant la grossesse. Cette question a été étudiée et même très étudiée. A l'Académie de Médecine même, après un échange d'arguments entre les Professeurs SERGENT, BAR, PINARD, WALICH, on n'est pas arrivé à fixer une conduite à suivre. LÉON BERNARD semble conclure que les femmes déjà tuberculeuses voient leur état s'aggraver dès la gestation; au contraire, les femmes indemnes avant la conception feraient fréquemment de l'évolution après l'accouchement. N'existant aucune règle générale applicable en pratique, nous laisserons de côté toutes ces questions et nous ne nous occuperons que de l'évolution bacillaire aiguë granuleuse, susceptible de se déclencher à l'occasion et sans doute à la faveur de l'accouchement ou d'un avortement.

Nous avons essayé de nous procurer le plus grand nombre des cas de granulie du post-partum. Malheureusement, soit que le diagnostic n'ait pas été posé dans tous les cas (et l'on était d'accord que la femme est morte d'infection puerpérale, sans se donner la peine de vérifier le diagnostic par l'autopsie), soit qu'ils n'aient pas été publiés, nous ne sommes arrivé malgré toutes nos recherches qu'à trouver un nombre minime d'observations. A part les très édifiantes observations de la Maternité de Nancy et celles dues à notre Maître, M. le Professeur FRUHINSHOLZ, nous n'avons trouvé qu'un petit nombre de cas rapportés, surtout en France, par ANDÉRODIAS, GAUCHERAUD, VORON, TRILLAT, FOURNIER, et les thèses de PILOD (Lyon 1909) et de FEUILLADE (Nancy, 1924). En ce qui concerne les littératures médicales étrangères, elles manquent encore plus de cas, et surtout en Angleterre, où les Professeurs Joseph R. WISEMAN et H. WALDEN RETAN de la Syracuse Memorial Hospital dans un article (dans Archives Of Internal Medicine, juillet 1927) expriment leurs regrets que la littérature médicale anglaise manque toujours de cas rapportés (il s'agit comme de bien entendu de la granulie suivant l'accouchement). Ils le mettent sur le fait de la moindre fréquence d'autopsie en comparaison avec la France. La littérature allemande médicale m'a aidé avec les cas publiés par WALTHARD dans « Archiv Für Gynäkologie » de mars 1933 et DECIO dans « Zentralblatt für Gynäkologie » de janvier 1922. Enfin, j'ai eu le bonheur de trouver un cas publié par le Dr TRANCHIDA dans la

« Rivista d'ostetricia et Ginecologia pratica » d'Italie, en mars 1928 et un autre par le D^r A.-A. TERECHIOVA, publié dans le « Progrès Médical » de novembre 1932, après un exposé fait par l'auteur à la Maternité de Moscou.

Certaines de nos observations pourront paraître trop écourtées ; la raison en est dans la difficulté que nous avons eu à nous procurer l'original de certaines ; du moins, nous avons scrupuleusement reproduit les résumés cités par d'autres auteurs en indiquant leur provenance indirecte.

Notre Maître, M. le Professeur FRUHINSHOLZ depuis dix ans, montre l'importance de la question, tant dans la thèse de FEUILLADE, que par ses publications et a insisté sur la fréquence relative de la généralisation, après un accouchement, des tuberculoses initiales génitales ou pulmonaires.

CHAPITRE PREMIER

LIMITATION DU SUJET

A) Pour une bonne définition de cette forme de tuberculose qu'on appelle granulie, nous croyons bon de nous en référer à celle que MARFAN a adopté dans l'article du Traité de BOUCHARD et BRISSAND consacré à l'étude de la tuberculose miliaire aiguë.

« Granulie: Une forme de la tuberculose dans laquelle le bacille envahit toute l'économie par l'intermédiaire du sang, qui offre le tableau d'une maladie générale aiguë, habituellement mortelle à bref délai et qui laisse comme trace anatomique de son évolution, non seulement dans le poumon, mais dans presque tous les organes de l'économie la granulation miliaire, c'est-à-dire un produit jeune, qui diffère du tubercule caséux comme un fruit vert diffère d'un fruit mur » (LAËNNEC). Déjà entrevues par BAYLE, les formes granuliques ont été bien décrites par EMPIS dès la seconde moitié du siècle dernier.

La nature tuberculeuse n'en a été démontré que plus tard par l'anatomie pathologique et confirmée par l'expérimentation qui a pu les reproduire à l'aide d'inoculation de bacilles par la voie sanguine.

A côté de la forme granulique généralisée à presque tous les organes de l'économie on en observe d'autres, dans lesquelles la localisation majorée des granulations provoque l'éclosion des symptômes eux-mêmes localisés. On distingue des formes pulmonaires, caractérisées soit par des signes prédominants de bronchite ou de broncho-pneumonie, qui rappellent en raison de la gravité de l'état général, le pneumotypus, soit par des signes de bronchite capillaire (carrhe suffocant, asphyxie tuberculeuse aiguë grave), enfin une forme pleurale décrite par EMPIS, caractérisée par une pleurésie avec état général grave, suivie de mort, et qui traduit la prédominance des granulations sur la plèvre. La localisation granulique prépondérante sur les méninges entraîne dans le complexe clinique une majoration de symptômes méningés. D'ailleurs la méningite tuberculeuse type n'est qu'une forme localisée de granulie, qu'accompagne bien souvent d'ailleurs l'éclosion de quelques granulations sur d'autres organes. On a décrit aussi une forme péritonéale. Quels que soient d'ailleurs les symptômes qui prédominent, le caractère propre des formes granuliques est dans leur extrême gravité, due d'une part à la dissémination des germes par la voie sanguine et d'autre part à l'absence d'immunité, conditions qui commandent cette variété de tuberculose aiguë et en expliquent l'évolution fatale.

B) Tout naturellement il est nécessaire aussi de préciser la définition du post-partum. La majorité des auteurs l'envisagent, globalement et le définissent

comme étant la période s'étendant depuis l'expulsion de l'œuf, jusqu'au moment où l'utérus reprend son volume et sa situation normale.

D'autres, d'esprit plus classificateur, veulent voir dans le post-partum deux périodes bien distinctes : la période qui suivra immédiatement l'accouchement, d'une durée de dix à quinze jours, période durant laquelle, la femme reste sous une stricte surveillance ; c'est la période de la plaie utérine où toutes les infections la guettent. Puis une période que l'on considère en général comme moins dangereuse, période que l'on pourra nommer période de convalescence où la plaie utérine cicatrisée, la femme reprend sa vie normale durant laquelle, elle n'a plus qu'à attendre le terme de huit semaines, terme définitif de l'involution utérine. Ici, nous l'envisageons plus simplement comme étant la période de huit semaines suivant immédiatement l'accouchement.

La granulie peut apparaître à tous les stades de la gestation. Sous forme de méningite bacillaire, notre Maître, M. le Professeur FRUHHINSHOLZ, l'a vue paraître au début d'une gestation (Soc. d'Obs. et Gyn., Nancy, 20 juin 1923 et 21 mai 1930); COUVELAIRE et LACOMBE l'ont vue dans le dernier temps de la gestation et publient même quatre cas personnels (*Gynéc. et Obs.*, janvier 1929), en 1931, GAUJOUX et BOISSIER ont présenté un cas de méningite tuberculeuse pendant la grossesse et en 1932, BRAULT, un autre. Enfin en novembre 1932, le D^r TERECHOVA de l'Institut Scientifique Régional de Moscou, publie

deux cas de méningite bacillaire, l'un pendant la grossesse et l'autre dans le post-partum. Dans sa thèse: «Granulie généralisée et puerpéralité », PILOD a rassemblé un grand nombre de cas apparus pendant la grossesse ou après l'accouchement.

CHAPITRE II

DESCRIPTION

A) *Description anatomique.* — En passant à l'étude des formes granuliques de la tuberculose dans le post-partum, nous allons nous guider en grande partie sur les autopsies déjà faites, et donner une description anatomique de deux côtés : du côté du foyer initial du chancre primitif et du côté des manifestations qui en sont issues. Nous anticiperons sur le chapitre de l'étiologie et de la pathogénie et nous nous prononcerons dès maintenant : la granulie du post-partum, comme toute granulie, peut s'observer chez des sujets non bacillisés en apparence ou chez des sujets à tuberculose active, ou plus ou moins latente. Nous montrerons au chapitre de l'étiologie et pathogénie, les raisons et les moyens de généralisation. Laissant de côté les granulies, « de primo-infection » (Léon BERNARD), nous allons nous occuper ici des cas de granulies « secondaires » avec autopsies respectives à l'appui.

M. le Professeur FRÜHINSHOLZ sur quatre cas de méningite bacillaire publiées dans la Gynécologie et obst. de mars 1934, explique l'origine pulmonaire dans l'une et l'origine génitale dans une autre.

PILOD sur les neuf cas de granulies généralisées du post-partum voit que deux ont une origine extragénitale et sept une origine génitale.

DECIO rapporte deux cas de méningite tuberculeuse de suites de couches et trouve dans un cas une origine pleuro-pulmonaire. TURENNE (Montevideo) à propos d'une granulie survenue moins d'un mois après un curretage évacuateur, chez une tuberculeuse, se demande si une tuberculose génitale n'est pas à l'origine.

FOURNIER rapporte le cas d'une femme suspecte au point de vue pulmonaire, qui un mois après l'accouchement meurt d'une granulie à forme péritonéale. Dans le cas de Tuberculose miliaire aiguë à localisation péritonéale communiqué par M. le Professeur FRUHINSHOLZ, M. le D^r HARTEMANN et M^{lle} le Docteur LACOUR, au mois d'avril 1934, à la Soc. d'Obs. et Gynéc., de Nancy, il y a encore une origine génitale.

La même origine dans le cas de WALTHARD, dans celui de TRANCHIDA et aussi celui des anglais Walter RETAN et Joseph WISEMAN. Nous insisterons maintenant sur les cas les plus précis pour montrer les deux aspects de la question :

Ainsi dans le cas dû à l'obligeance de M. le Professeur FRUHINSHOLZ, publié dans nos observations sous le N^o 1, il s'agit d'une bacillaire pulmonaire ayant présenté tous les signes cliniques de tuberculose pulmonaire, qui fait après l'accouchement des manifestations conduisant au diagnostic de méningite tuberculeuse. Voici les résultats de l'autopsie : Poumons

criblés de tubercules miliaires, ainsi que quelques tubercules anciens calcifiés. Des ganglions hilaires caséux. A l'ouverture du crâne, grande quantité de liquide clair et nombreux tubercules miliaires péri-vasculaires. On trouve encore des granulations sur l'intestin grêle, à la surface du foie, des reins, et de la rate qui présente même un tubercule caséux.

Donc un foyer pulmonaire qui a donné une granulie aiguë généralisée à prédominance méningée.

Dans l'observation XXIII d'après GAUCHERAUD, c'est le cas d'une jeune femme ayant comme antécédents une pleurésie. Elle fait une fausse couche et commence immédiatement après une évolution de granulie. L'autopsie confirme le diagnostic et montre dans les deux poumons un semis de granulations miliaires avec trois ou quatre tubercules crétaçés anthracosiques au sommet droit. De même, granulations au niveau du pied de la première frontale gauche avec une plaque de méningite. Donc une granulie à prédominance pulmonaire avec localisation au niveau du cortex et des méninges, dont le point de départ fut trouvé dans une inoculation du poumon.

Dans l'obs. XXV, d'après MM. FRUHHINSHOLZ et HARTEMANN, on voit que chez une jeune femme après l'expulsion d'un fœtus et retention de placenta pendant quatre jours, on procède à un curage digital. Dans les jours qui suivent elle commence une évolution de granulie. A l'autopsie on trouve des petits tubercules à la périphérie des anses intestinales. Rate, foie et corticale des reins, semés de tubercules granuli-ques. Tubercules granuli-ques très jeunes sur les

plèvres et dans les scissures. Pas de lésions anciennes dans les poumons. La trompe droite est volumineuse, remplie de caséum, la trompe gauche encore plus volumineuse. En conclusion: Femme atteinte d'une bacillose génitale latente, qui fait probablement à l'occasion de son curage une généralisation de son infection bacillaire à la plupart de ses organes.

L'obs. IV, d'après WALTHARD: Une femme présentant des pertes et une légère température, on procède à un avortement thérapeutique au troisième mois de la grossesse. Survient une période fébrile, péritonite et mort quinze jours après l'intervention. L'autopsie montre des tubercules dans les lobes supérieurs des poumons ainsi que dans la plupart des organes. Des cavernes calcaires dans les lobes inférieurs des poumons.

Utérus: la partie musculaire caséuse. Beaucoup de tubercules épithéloïdes et de cellules géantes. Les granulations passent jusque dans les parois des veines et dans les granulations beaucoup de bacilles de Koch.

Nombreuses granulations en partie caséuses dans les trompes. En résumé: Tuberculose caséuse de l'endomètre puerpéral, de la trompe et du péritoine.

Donc: une endométrite bacillaire qui par le fait de l'intervention se serait généralisée. Il est possible que la tuberculose de l'endomètre soit secondaire à celle pulmonaire; un fait est presque certain: La tuberculose génitale est l'origine de la granulie.

Obs. V, d'après TERECHOVA. Il s'agit encore d'une femme accouchant au huitième mois de sa gestation

et commençant immédiatement une méningite tuberculeuse. A l'autopsie : la base du cerveau est parsemée de bourgeons miliaires. De même la rate, le foie et les corticales rénales. Sur l'ovaire gauche quelques petits bourgeons caséux. Donc encore ici, une généralisation partant d'une bacillose initiale et non soupçonnée de l'appareil génital.

Nous pourrions nous étendre en citant encore différentes observations que nous avons extraites de diverses publications, surtout de la thèse de PILOD comme de celle de FEUILLADE. Mais là encore, nous verrons toujours un foyer initial le plus souvent génital ou quelquefois pulmonaire qui s'est déversé dans la circulation et envahit la plupart et quelquefois tous les organes de l'économie.

Comme nous l'avons dit, au chapitre de la pathogénie nous tâcherons d'expliquer ceci.

B) *Description clinique.* — La granulie n'affecte pas un type unique permettant de la caractériser en une seule description clinique. Dans les autres affections, il existe des formes classiques, typiques, et à côté peu de variantes très proches qui se différencient par des détails d'évolution ou de prédominance symptomatique.

Au contraire, si la granulie frappe tous les organes en général, elle emprunte du fait de la localisation prédominante de ses lésions au niveau de tel ou tel organe, des modalités cliniques, qui rendent sa physionomie très différente. Les classiques lui décrivent une forme typhique, gastrique, catarrhale, pleurale,

broncho-pneumonique, méningitique, péritonéale, etc... Pendant la puerpéralité, et dans les suites de couches les auteurs furent presque toujours trompés, car en retrouvant cette diversité de la granulie, considèrent leurs malades comme frappés d'une des complications ordinaires de la grossesse ou de ses suites. C'est ainsi que la granulie a été presque toujours prise dans les suites de couches pour une infection puerpérale. Plus loin, nous essayerons de mettre en évidence la différence qui existe à tous points de vue entre la granulie et l'infection puerpérale. Nous nous permettons déjà de faire une classification des formes granuliques de la tuberculose, telles qu'elles se présentent dans le post-partum.

Nous dégagerons deux formes :

a) Tuberculose aiguë déclenchée directement par l'accouchement, c'est à dire celle où l'enchaînement des faits cliniques est net et logique et où on peut se rendre compte tout de suite de la reprise ou de l'aggravation progressive des accidents tuberculeux préexistants avec granulie aiguë sitôt l'accouchement.

b) Une tuberculose aiguë succédant à des manifestations premières d'infection puerpérale, sur lesquelles s'est greffée l'évolution d'une bacillose généralisée.

Dans cette forme, notre attention est le plus souvent attirée dès la délivrance par des altérations placentaires et par des retentions cotylédonaires. Dans le cas publié par M. le Professeur FRUHNHOLZ et le Docteur HARTEMANN (Obs. XXV), il y avait une rétention placentaire de quatre jours.

Les réactions granuliques apparaissent le plus souvent dans les quinze jours à trois semaines, après l'accouchement. Nous rencontrerons pourtant des cas, où bien que la granulie ne succède qu'à un accouchement sans infection puerpérale, il y aurait une période fébrile ou subfébrile de trois à six semaines, précédant le début des réactions granuliques. M. le Professeur FRUHINSHOLZ les a nommées les premières, granulies précoces, et les secondes granulies différées ou à retardement. Voici les termes même de notre Maître, M. le Professeur FRUHINSHOLZ à propos d'une méningite bacillaire à retardement :

« La méningite bacillaire du post-partum médiat est généralement reliée à l'accouchement ou à l'avortement même, par un état pathologique intermédiaire qu'établit la transition entre l'acte déchainant et son effet secondaire, c'est-à-dire entre la parturition et la bacillémie. Cet état pathologique de transition répond tantôt à une étape d'infection qui cliniquement apparaît sous les dehors d'une infection puerpérale banale, tantôt à une étape subfébrile sans signification clinique aussi nette, après quoi le drame méningé passe au premier plan ».

Que les granulies soient déclanchées par l'accouchement ou un avortement ou qu'elles se soient greffées sur des accidents d'infection puerpérale, elles ont toujours une évolution plus ou moins longue, et la fin arrive en général entre le sixième et quarantième jour après la parturition. Et ici encore, nous allons distinguer des formes rapides et des formes lentes, comme nous allons dégager des granulies lo-

calisées et des granulies généralisées. Dans les premières, notre indice est les formes lentes ou rapides de l'évolution granulique, dans les deuxièmes c'est surtout la prédominance des signes cliniques et les résultats des autopsies qui nous guideront.

Voici d'ailleurs ci-contre un plan pour concretiser notre classification.

De la plupart des observations publiées dans notre travail, nous avons choisi celles les plus complètes, avec autopsies à l'appui, pour pouvoir les classer ainsi :

Observation I : La granulie est déclanchée directement par l'accouchement, les manifestations granuli-ques commencent le lendemain de l'accouchement, l'évolution dure seize jours, et la granulie est localisée aux méninges. Donc une forme déclanchée par l'accouchement, *précoce*, *rapide* et *localisée*. D'ail-leurs dans la plupart des observations les granulies sont déclanchées directement par l'accouchement ou un avortement, avec les distinctions suivantes :

Observation II : Formes précoces (dès les premiers jours), rapides (six et seize jours), localisées aux mé-ninges.

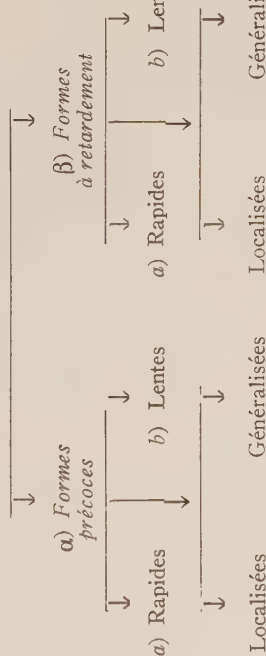
Observation IV : Précoce (tout de suite après l'ac-couchement), rapide (quinze jours), généralisée.

Observation V : Précoce (deuxième jour), rapide (douze jours), localisée aux méninges.

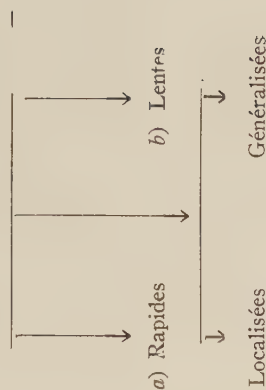
Observation VI : Précoce (immédiatement après l'accouchement), rapide (onze jours), localisé à l'ap-pareil pleuro-pulmonaire.

FORMES GRANULIQUES DE LA TUBERCULOSE DANS LE POST-PARTUM

1° GRANULIES DÉCLANCHÉES DIRECTEMENT
PAR L'ACCOUCHEMENT OU L'AVORTEMENT



2° GRANULIES SUCCÉDANT A DES MANI-
FESTATIONS D'INFECTION PUERPERALE



Observation VIII : Précoce troisième jour), rapide (dix jours), généralisée.

Observation IX : Précoce (premier jour), rapide (six jours), généralisée.

Observation XI : Précoce (deuxième jour), lente (trente-cinq jours), localisée au péritoine.

Observation XV : Tardive (après une période d'infection banale d'environ treize jours), rapide (quinze jours d'évolution granulique), localisée aux méninges.

Observation XVI : Formes tardives (après une période de vingt et un jours), rapide (évolution granulique de onze jours), localisée au péritoine et poumons.

Observation XVII : Tardive (après une période de vingt-sept jours), lente (une évolution de vingt-trois jours), localisée aux méninges.

Observation XVIII : Tardive (après une période de vingt-cinq jours), localisée aux méninges.

Observation XX : Tardive (après une période de vingt jours), lente (évolution granulique de quarante-cinq jours), localisée au péritoine.

Observation XXI : Tardive (après une période de trente jours), rapide (évolution granulique en quatre jours), généralisée.

Observation XXII : Tardive (une période d'environ six semaines), rapide (évolution granulique de neuf jours), généralisée.

Observation XXVI : Tardive (après une période de douze jours), lente (évolution de trente-deux jours) généralisée.

Observation XXVIII: Précocité (du premier jour), évolution en vingt et un jours, généralisée.

Les observations XXIII, XXIV et XXV sont des granulies succédant à des manifestations d'infection puerpérale.

Observation XXIII: Forme rapide (quatorze jours), localisée aux méninges.

Observation XXIV: Rapide (une dizaine de jours), généralisée.

Observation XXV: Lente (quarante et un jours), généralisée.

Si l'équilibre entre les formes précoces et à retardement, comme entre celles à évolution rapide et celles à évolution lente et aussi comme entre les formes généralisées et localisées se maintient à peu près, nous pouvons affirmer que les formes localisées sont surtout à localisation méningitique.

Toutes ces formes en apparence si disparates sont réunies par un faisceau de signes communs, qui traduisent l'imprégnation tuberculeuse et qui leur donnent, comme PILOD avait déjà dit: « un véritable air de famille ».

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Nous n'apporterons sûrement pas des renseignements suffisamment probants pour étayer avec certitude la pathogénie, mais nous condenserons dans ce chapitre les points qui nous paraissent dignes d'être mis en évidence. Nous avons déjà affirmé que la granulie du post-partum est secondaire soit à un foyer obscur, même guéri, préexistant dans l'organisme, soit à une tuberculose en évolution. Les cas que nous avons choisis pour les publier dans notre travail, nous confirment en effet, dans notre manière de voir.

SERGEANT avait affirmé que « presque toujours dans les formes aiguës, granuliques ou caséo-ulcéreuses qui éclatent parfois peu de jours après l'accouchement, et on songe d'abord à l'infection puerpérale, il s'agit de femmes, qui avaient présenté avant leur grossesse, dans un passé plus ou moins lointain, des accidents de tuberculose évolutive qui paraissaient enrayés sinon guéris et que la grossesse a réveillé. »

En effet, de nos observations, nous pouvons voir que certaines malades ont présenté des antécédents

pathologiques avant l'accouchement et même avant la grossesse.

Ainsi nous trouvons dans la première observation une pleurésie droite séro-fibrineuse en 1932, une pleurésie gauche en juillet 1933 et aux différents examens faits entre le 25 octobre 1933 et le 11 juillet, date de l'accouchement on trouve: Des ombres hilaires des deux côtés, poumons submat, respiration diminuée au sommet droit avec petits râles fins. A gauche: respiration rude avec nombreux râles. Crachats striés de sang et quelques bacilles longs et granuleux.

Observation III : La malade à part une grippe sérieuse dans l'enfance, présentait une inflammation des ganglions lymphatiques. A l'entrée à l'hôpital, on aperçoit des râles secs disséminés à la partie supérieure du poumon gauche.

Observation VIII: La femme enceinte de quatre mois est prise d'une pleurésie droite, et entre à l'hôpital. Elle a des nombreuses epistaxis. Tousse beaucoup et accouche au septième mois.

Observation IX : La patiente entre à l'hôpital un mois avant son avortement avec une fièvre élevée, bronchite, dyspnée.

Observations X: La patiente fut reçue à l'hôpital avec le diagnostic de tuberculose.

Observation XIII: Pleurésie il y a six ans et tousse depuis. A l'entrée à la Maternité, on trouve une tuberculose du sommet droit.

Observation XV: La malade avait présenté pendant sa grossesse des symptômes pulmonaires suspects.

Observation XXIII: Une femme qui accouche en pleine convalescence d'une pleurésie.

Enfin l'observation XXVIII, la plus intéressante, à ce point de vue, la femme entre à l'hôpital avec une paraplegie presque complète, sommeille constamment et même les contractions se font sans que la malade les ressentent.

Nous voulons d'abord remarquer qu'on peut distinguer le foyer tuberculeux génital ou périgénital et les foyers qui se trouvent dans un autre organe, le plus souvent dans les poumons. C'est ainsi que nous trouvons, comme nous l'avons déjà montré au chapitre de la description anatomique, en nous conduisant après les autopsies: un foyer primitif pulmonaire dans les observations : I, II, VI, VIII, XXIII, XXVI.

Un foyer primitif génital dans les observations: IV, V, IX, XII, XIII, XXI, XXII, XXIV, XXV.

Un foyer primitif médullaire dans l'observation XXVIII. Sur le nombre restreint d'observations que nous avons avec les autopsies complètes, nous voyons donc combien plus souvent le foyer primitif est génital.

Nous trouverons dans l'obs. XIII un foyer génital qui est secondaire à un foyer pulmonaire. Donc avant le stade de généralisation on a eu d'abord une localisation génitale. Quelles seraient les raisons?

Le développement d'une grossesse en diminuant les conditions de défense locale du tractus génital favorise, chez les tuberculeuses torpides dont le chancre de primo-inneculation ancien est très éloigné de ces

organes, la localisation à leur niveau d'une manifestation tuberculeuse.

Un foyer pulmonaire par exemple, à la faveur de l'accouchement se met à essaimer.

Voici ce que M. le Professeur FRUHINSHOLZ dit pour expliquer ceci :

« L'accouchement inflige une rupture brutale d'équilibre à un système d'appui et de contention réciproque de l'abdomen et du thorax qui s'étaient lentement édifié au cours des neuf mois de la gestation; l'appareil pulmonaire est vivement sollicité dans le sens de l'expansion avec les appels congestifs, les dilatations alvéolaires, les froissements ou ruptures d'adhérence qui en découlent; des bacilles retenus dans les mailles placentaires peuvent à la faveur de la délivrance se répandre en « vase clos » pour essaimer ensuite à travers les sinus utérins dans la circulation générale. Si à ce moment comme il arrive souvent s'installe (PARAF et NOBÉCOURT) chez certaines femmes, une énergie temporaire qui fait que celle-ci ne réagisse plus à la tuberculine, on comprend l'allure rapide, la tendance granulique et la dispersion que certaines tuberculoses préexistantes pourront affecter dans le post-partum proche ».

En effet, les recherches de NOBÉCOURT et PARAF nous montrent que l'accouchement détermine un état *d'anergie tuberculinique* analogue à celui qu'entraînent certaines maladies infectieuses, en particulier la rougeole (VON PIRQUET) ou la grippe (R. DEBRÉ). Les recherches de nombreux auteurs (Léon BERNARD, BARON, SERGENT, PRUVOST, etc...), ont mon-

tré que chez les tuberculeux, la diminution de la sensibilité à la tuberculine coïncide le plus souvent avec une diminution parallèle de l'immunité. Cet état d'anergie, surtout marqué après l'accouchement, peut expliquer l'aggravation que subissent à ce moment les processus tuberculeux.

Il y a donc une pathogénie générale : c'est cet état d'anergie tuberculinique. Mais il y a aussi une pathogénie spéciale, c'est celle en rapport avec les foyers génitaux. Car la tuberculose génitale est le plus souvent qu'on ne le croit en rapport avec la puerpéralité. Dans GYNEC. et Obs. 1924 Monsieur le Professeur FRUHHINSHOLZ et son élève P. FEUILLADE, montrent combien la tuberculose génitale est fréquente dans ses rapports avec la grossesse.

Dans cet article, nous voyons que « GOROWITZ dans sa thèse (Paris 1900) note déjà l'inoculation relativement fréquente par le bacille de Koch, de la cavité utérine après l'accouchement ; que RIVES dans sa thèse (Montpellier 1909) incrimine nettement l'avortement ou l'accouchement comme susceptibles de jouer un rôle dans l'apparition de la tuberculose génitale et dit expressément que les infections gonococciques ou streptococciques du post-partum peuvent être l'occasion de la fixation d'une tuberculose sur les annexes ; qu'OLIVIER enfin dans sa thèse classique (Lyon, février 1912), tout en signalant la stérilité qui généralement précède et plus souvent encore suit la tuberculose génitale, dit explicitement que la grossesse est grave, le cas échéant, que les suites de couches offrent souvent à considérer des accidents pelvipéri-

tonéaux qu'on est porté à confondre avec une infection banale. DELORE et CHALIER admettent la simultanéité possible de la tuberculose utérine et de la grossesse et ils attribuent un rôle à la puerpéralité dans l'étiologie de la tuberculose tubaire. FABRE, de Lyon, incrimine nettement, à propos d'un cas de granulie péritonéale du post-partum, le rôle éventuel des vieux foyers de tuberculose génitale dans l'éclosion des tuberculoses aiguës succédant à l'accouchement. A l'étranger, il ne semble pas davantage que le sujet ait été abordé dans son ensemble ; toutefois les observations le concernant y sont plus nombreuses, mais n'existent qu'en ordre dispersé ; aussi ne s'étonnera-t-on pas qu'elles n'aient pas fait impression et qu'elles ne se reflètent pas ou à peine dans les traités classiques de WINKEL ni de DÆDERLEIN. »

FEUILLADE dans sa thèse a rassemblé 60 observations « assez précises pour pouvoir conclure que la question des rapports de la tuberculose génitale et de la puerpéralité n'est pas purement imaginaire et qu'il est même possible, sinon de lui assigner des traits définitifs, du moins d'en faire une mise en place provisoire » (A. FRUHINSHOLZ).

La tuberculose génitale peut être antérieure à la gestation, et dans l'observation de WALTHARD on a vu l'œuf nider dans un utérus tuberculeux. Le plus souvent si la tuberculose génitale permet à l'œuf d'y nider et ne provoque pas l'interruption dès les premiers mois, il est rare que la grossesse arrive au terme. Dans l'observation XVII on l'a supposé étant la cause de l'accouchement prématuré et on a cons-

taté une caduque épaisse et couenneuse sur les bords du placenta avec des dépôts fibrineux abondants. Le foyer génital, en évolution ou sommeillant peut essaimer une granulaion aussi à l'occasion d'un curetage.

WEIL en 1910 signalait déjà que l'extension du processus peut avoir comme cause le grand développement des vaisseaux utérins.

BAR étudiant la tuberculose placentaire croit que le brassage incessant auquel les contractions utérines soumettent le placenta surtout pendant la période immédiate qui précède l'accouchement, des décharges de bacilles peuvent continuellement se faire dans le sang, d'où tendance à la septicémie tuberculeuse.

SCHMORL et SITZENFREY à qui la tuberculose placentaire paraissait fréquente invoquent le même argument pour expliquer la généralisation tuberculeuse.

S'il existe des tubercules placentaires, ils ont autant de chance de généraliser la tuberculose par avortement ou accouchement. Enfin ANDERODIAS et WALTHARD croient voir une association éventuelle de l'infection bacillaire avec l'infection streptococcique.

En résumé, pour la tuberculose génitale, ce sont les effets de l'utérus qui rompent brusquement au moment du travail les foyers caséux et en répandent le contenu dans la cavité utérine devenue libre après l'expulsion du fœtus. Puis la délivrance ouvre les sinus béants de l'utérus et aide la dissémination des bacilles.

Les suites de couches représentent une moindre résistance de son organisme due tout à la fois aux efforts du travail, aux pertes sanguines ou lochiales, etc...

Cette diminution de résistance, si on y joint surtout l'influence déterminante de l'accouchement et de la délivrance sur les foyers locaux, explique suffisamment la relative grande fréquence d'infection granuleuse dans les suites de couches.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Diagnostiquer la granulie dans le post-partum c'est bien difficile ; moins qu'avant quand on croyait seulement à l'infection puerpérale dès qu'une accouchée faisait de la température, mais la question reste assez sérieuse tant que les accoucheurs ne voudront pas admettre une assez grande fréquence relative de ces granulies.

Mais encore, comme le Docteur ROSE de Halle le faisait ressortir, la difficulté qu'on éprouve à différencier la granulie de l'infection puerpérale est d'autant plus grande qu'on a vu quelquefois l'infection puerpérale s'associer à la granulie faisant ainsi un complexe morbide qui entraîne fatalement le clinicien à l'erreur.

Essayons toutefois de montrer les grands moyens que nous offrent les signes cliniques et les recherches de laboratoire pour poser un diagnostic différentiel le plus précis possible.

A part les manifestations cliniques il faut d'abord chercher les symptômes que GRANCHER et BARBIER appellent les « stigmates de l'imprégnation tubercu-

leuse ». C'est d'abord l'amaigrissement, une sensation de fatigue, de faiblesse, qui remonte souvent à plusieurs mois, accompagné d'un état de profonde anémie. Le malade se plaint d'une mélancolie inexplicable. Son appétit est nul ou diminué, ses digestions pénibles. Si on insiste sur les antécédents on pourrait trouver quelquefois une histoire nette de tuberculose locale chez le malade, chez ses ascendants, ses descendants ou ses collatéraux. Cet ensemble symptomatique est une manifestation de l'intoxication de l'organisme par les produits tuberculeux.

Passant à l'examen de la malade, rappelons que dans les infections puerpérales le signe le plus important sur lequel se base le diagnostic, c'est la fièvre. Elle s'installe trois ou quatre jours, en général, après l'accouchement et monte vite à 39° ou 40° . La température est plus élevée le soir que le matin avec une différence de 1° à 2° environ.

Dans la granulie le tracé thermique est le plus souvent très élevé en plateau (Obs. 1), mais quelquefois il se coupe d'accès réguliers survenant tous les jours ou tous les deux jours, amenant des différences de 3° à 4° ou 5° . Cette fièvre de la granulie résiste à tous les antithermiques et se maintient en général élevée jusqu'à la fin. L'accélération du pouls, dans l'infection puerpérale est en rapport avec la température, mais il faut remarquer que bien souvent le pouls conserve parfois sa fréquence alors que la température redevient normale. Comme on peut voir dans l'Obs. XV, le pouls ne suit pas régulièrement la température. Nous ne saurions tirer d'ici une conclusion, malheu-

reusement c'est avec l'Obs I les seules que nous avons pu nous procurer avec les feuilles de température annexées. Dans les affections puerpérales en général, le tube digestif est peu touché, le système nerveux atteint suivant le degré de la gravité de l'infection (quelquefois céphalée et très rare délire). L'appareil cardio-pulmonaire le plus souvent intact, l'utérus est gros, plus gros qu'il ne devrait être par rapport à la date de l'accouchement ; il est mou, gâteux et douloureux. Ajoutons aux stigmates d'imprégnation tuberculeuse du début de ce chapitre, pour mieux distinguer la granulie, que le système cardio-vasculaire subit dans la bacillémie une dépression notable (très souvent on rencontre une hypotension marquée — PILOD). Souvent les signes de bronchite disséminée, or la toux que rien ne pourrait expliquer, or même la présence des bacilles de Koch dans les urines, pourront nous mettre sur la bonne voie.

C'est pour poser le diagnostic de la granulie aiguë généralisée que nous avons essayé d'indiquer les moyens. Des granulies localisées, nous avons vu que la méningite bacillaire occupe une place importante. Elle est assez bien caractérisée cliniquement pour ne pas être confondue avec une infection puerpérale. Rappelons seulement que l'analyse clinique, étiologique et bactériologique du liquide céphalo-rachidien est d'une importance capitale. Pour la granulie localisée au péritoine, nous chercherons à montrer ici ses manifestations cliniques pour ne pas la confondre avec la péritonite puerpérale. Au premier abord on pourrait croire à une infection du syndrome typhoïde,

et seulement quelques jours après on constate une aggravation progressive des symptômes, on trouvera la malade abattue, prostrée dans certains cas, faciès parfois altéré et plombé, se plaignant de la tête. La température élevée, quelquefois des taches rosées abdominales, de la matité splénique et des rares urines. Le diagnostic de tuberculose aiguë à participation péritonéale est très probable quand en plus des stigmates de la tuberculose cités par nous au cours de ce chapitre, on trouvera les facultés intellectuelles relativement conservées, d'abord, et par le ventre ballonné et très sensible au moindre frôlement ; la douleur abdominale diffuse plutôt que localisée, la percussion décèle un peu de matité mobile dans les flancs (ascite), il peut y avoir des vomissements, des troubles urinaires (dysurie ou rétention d'urine), cyanose et enfin de la dyspnée qui n'est expliquée par aucune lésion profonde. Nous insistons sur le fait qu'il y a plusieurs formes péritonéales, et nous n'avons fait que montrer un ensemble de manifestations cliniques qui pourront mettre sur la bonne voie. Quelques fois, il y a une granulie associée du péritoine et de la plèvre, donnant ce que FERNET et BOULLAND ont appelé « Forme pleuro-péritonéale ». On trouve : Abattement, température élevée, état saburral des voies digestives, le foie et la rate sont gros, l'abdomen météorisé, constipation, empâtement dans les flancs et des tiraillements douloureux dans les hypocondres sous la parois. Les signes pleuraux sont légers : quelques frottements avec de l'obscurité du murmure aux deux bases. Quelque fois apparaît l'ascite concurrem-

ment avec l'épanchement dans les plèvres. D'autre fois, on a d'abord un épanchement dans les plèvres, uni ou bilatéral et puis évolue la péritonite, annoncée par des coliques fréquentes, provoquées par une palpitation de l'abdomen. D'ailleurs cette forme pleuro-péritonéale est assez caractéristique pour pouvoir la diagnostiquer de suite.

Le Laboratoire, lui aussi naturellement nous sera d'un grand appoint pour étayer un diagnostic clinique. On s'adresse à l'étude du sang où nous chercherons à déceler le bacille ou du moins le témoin de la présence des bacilles dans le sang. Cette affection étant dûe à l'irruption soudaine d'une grande quantité de bacilles dans le sang, l'organisme surpris n'a pas le temps de se mettre en garde contre une aussi brusque attaque. Il ne peut développer dans son sérum les antitoxines, et les anticorps capables de le défendre. Pourtant nous conseillons la recherche et le titrage des anticorps tuberculeux, soit par l'antigène peptoné tuberculeux de CALMETTE et MASSON, soit par celui à l'œuf de BESREDKA, soit enfin par l'antigène métylique de BOUQUET et NÉGRE qui ont la qualité de déceler les moindres quantités d'anticorps contenues dans les divers sérums des sujets tuberculeux.

PILOD recommande la méthode du Professeur FABRE pour poser le diagnostic différentiel des formes de granulie du post-partum qui prennent l'aspect de fièvre puerpérale, par la recherche de l'agent infectieux dans le sang qu'il a envahi. Il s'agit de la culture de son sang sur agar-sanguin. Après les préparations

nécessaires, si le streptocoque n'a pas poussé après 12 à 18 heures, un premier doute pourra naître dans notre esprit en faveur d'une infection par le B. K. Quarante-huit heures après l'ensemencement du milieu de culture, on pourra écarter avec vraisemblance l'idée d'une infection Eberthienne, d'une pneumonie, d'une staphylococcie si aucune de ces colonies pathogènes n'est visible sur la plaque d'agar.

Nous ne voulons pas passer sous silence le moyen de trouver les B.K. dans le sang par l'hémoculture sur le milieu de Lœwenstein. C'est un moyen que le Docteur VÉRAIN, Chef de Laboratoire de l'Hôpital Central nous a indiqué comme étant assez fidèle, avec le seul inconvénient d'être trop long; les cultures dans le cas positif ne poussent qu'après trois ou quatre semaines. Il y a aussi la culture des B.K. sur le sang gélosé glycénné (BEZANÇON et GRIFFON), mais là aussi, il faut attendre dix ou quinze jours pour les résultats.

En ce qui concerne les procédés à la tuberculine qui traduisent la résistance, de l'économie en face du processus, tels que l'intradermo-réaction, la cuti-réaction, l'ophtalmo-réaction, etc..., ne donneront aucun résultat valable dans la tuberculose miliaire aiguë. Même positif on pourrait conclure à un foyer de tuberculose latente.

Nous rappellerons seulement que H. Walden RETAN et J.-R. WISEMAN, concluent que, quand les accouchées continuent à avoir de la fièvre et que des hémocultures répétées sont constamment négatives, il faut incriminer la tuberculose miliaire; et que l'exa-

men radiographique systématique de l'appareil pulmonaire peut être d'un grand secours au diagnostic. TRANCHIDA dit qu'il faut mettre le diagnostic d'une tuberculose génitale, cause souvent d'une granulie du post-partum immédiat par une révision et l'examen de la sécrétion utérine, qui révèlent la présence de cellules géantes.

Nous avons rappelé que bien souvent des tuberculoses granuliques du post-partum sont confondues avec l'infection puerpérale; il faut que nous nous méfions de généraliser nos théories, en allant jusqu'à diagnostiquer des tuberculoses miliaires des simples manifestations broncho-pulmonaires qui n'ont rien de commun avec la tuberculose. SERGENT nous raconte le cas d'une jeune femme chez laquelle on avait fait un diagnostic faux de tuberculose avant le mariage. En s'appuyant sur la notion d'un prétendu passé tuberculeux, le médecin voyant des manifestations pulmonaires éclatées quelques jours après la délivrance les met vite sur le compte d'une explosion granulique. Bien que de pareilles erreurs peuvent être aisément redressées, nous n'avons pas voulu terminer le chapitre du diagnostic sans relever ce fait qui entraîne quelquefois l'exagération.

CHAPITRE V

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

Toutes ces considérations sur l'étiologie des granules du post-partum peuvent-elles atténuer la responsabilité du médecin, voir même parfois le disculper totalement, nous le croyons fermement.

Malheureusement trop fréquents sont les cas où la famille le rend responsable du décès d'une accouchée, en attribuant au médecin et à son action, l'apparition de ce qu'elle considère comme une infection puerpérale.

Et M. le Professeur FRUHINSHOLZ dit qu'après une telle fin d'une femme « le médecin même ou la sage-femme intéressés ne manquent jamais de s'interroger et de faire leur propre examen de conscience ». Voici donc après le point de vue pronostic et thérapeutique à instituer, encore un point de responsabilité médicale à établir qu'il faut rattacher à un bon diagnostic; et voici pourquoi il faut toujours faire une autopsie complète et procéder à des minutieuses vérifications de tous les organes et surtout des organes génitaux internes, afin de rechercher systématiquement les traces d'une tuberculose locale.

Malheureusement c'est toujours impossible de pouvoir faire l'autopsie en clientèle.

Il faut que nous rattachions ici le cas de l'Observation XXVII, dû à l'obligeance de M. le Professeur ETIENNE, où une jeune femme chez laquelle on n'a jamais soupçonné quoi que ce soit au point de vue tuberculeux, fait de la température le lendemain de l'accouchement et finit par mourir deux mois après, d'une méningite tuberculeuse. L'évolution et la fin de la maladie nous donnèrent la certitude d'une granulie, ainsi d'ailleurs que les signes pulmonaires pendant la grossesse et les douleurs que la malade avait à l'ovaire gauche. La famille avec laquelle nous nous sommes entretenu incriminait pourtant la sage-femme. Malheureusement nous n'avons pas eu la possibilité de faire l'autopsie.

Répetons ce que M. le Professeur FRUHINSHOLZ a écrit à propos de cette responsabilité du médecin, trop souvent et injustement blâmé. « On doit admettre dorénavant que des accidents qui, par leur ordre chronologique et par leur déterminisme sont, jusqu'à un certain point des accidents « puerpéraux » peuvent être le fait d'un bacille de Koch qui sommeillait primitivement dans les voies génitales ou leurs annexes. Nous ne sommes pas d'avis qu'il faille d'abord dès que des manifestations fébriles surgissent après un accouchement, évoquer toute une pathologie de paravant (constipation, stercorémie, émotivité...) qui est née en partie du désir inconscient de se tromper soi-même et d'éluder des responsabilités. Notre avis est au contraire qu'à chaque fois, il faut dans une

pareille éventualité, admettre *d'abord et jusqu'à preuve contraire* l'infection puerpérale banale dont on hésite trop souvent à regarder en face le vrai visage. Que si sa vraisemblance laisse des doutes, mais alors seulement, nous voulons bien qu'on examine d'autres éventualités parmi lesquelles gonococcie et tuberculose ne doivent pas être oubliées. »

CHAPITRE VI

PRONOSTIC

De l'ensemble de nos considérations, nous pouvons dire qu'un médecin ne doit pas régler son pronostic dans le cas d'un foyer tuberculeux pulmonaire en se conduisant seulement d'après les accidents qu'il remarque pendant la grossesse. Il ne doit pas négliger l'aggravation d'extension granuleuse qu'on observe quelquefois pendant le post-partum.

En ce qui concerne la granulie même, son pronostic est absolument fatal même en dehors de la période du post-partum. Nous devrions faire une réserve, car en consultant la littérature médicale, on voit que LEBERT dans quatre autopsies, chez des individus morts par maladies différentes, aurait trouvé des traces d'une tuberculose miliaire généralisée guérie.

WALLER, EMPIS, SIEK, WUNDERLICH, ANDERSON, ont appelé l'attention dans des cas où la guérison survenait alors qu'un ensemble clinique certain avait déjà permis d'affirmer la granulie; mais la réalité ne fut jamais scientifiquement démontrée par la suite. Tout en affirmant que le pronostic de la granulie est fatal, s'agissait-il d'une granulie généralisée

ou localisée aux méninges, notre pronostic doit être moins défavorable quand la granulie sera localisée au péritoine ?

Dans le service de M. le Professeur HAMANT, on a en effet, trouvé des granulations à l'ouverture de l'abdomen chez une femme malade de péritonite bacillaire. Il s'agissait d'une tuberculose miliaire aiguë à point d'origine génitale et transmise par voie ascendante. A notre demande de renseignements, on nous a répondu qu'on n'opère pas celles soupçonnées de localisation péritonéale à la suite d'une granulie.

Et pourtant, il y a des formes localisées qui ont guéri.

Il s'agit, d'après AVIRAGNET et TIXIER, ou d'une granulie avortée, ou d'une poussée active d'une tuberculose locale, et le plus souvent d'une adénopathie médiastine, perceptible habituellement au déclin de la maladie (dans *Pathologie médicale*, de SERGENT) « Manifestations d'une tuberculose locale le plus souvent, elle peut être dans certains cas, l'expression symptomatique d'une tuberculose généralisée, arrêtée dans son évolution d'une façon à peu près complète, où qui repart après un temps plus ou moins long ».

Donc un foyer de tuberculose peut manifester sa présence par des accidents fébriles, à type d'embaras gastrique, ou bien il peut y avoir des poussées granuliques limitées, sans que nécessairement, ces accidents aigus mènent à la mort : ces poussées indiquent simplement que la malade est porteur d'un foyer de bacillose qui ne guérit pas malgré une période plus ou moins prolongée de latence.

CHAPITRE VIII

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(A. FRUHINSHOLZ. Maternité de Nancy.
Gynéc. et Obs., mars 1934.)

Mme X..., 27 ans. Parents bien portants. A 6 frères et sœurs bien portants. En a perdu 7 en bas-âge, dont un mort-né. A marché à 15 mois. Réglée à 16 ans 1/2 régulièrement. Convulsions à 8 mois.

Premier accouchement en 1928, garçon. Tout normal. Allaitement de 3 mois. Enfant bien portant.

Deuxième grossesse en 1930. Terminée par un avortement de 6 semaines.

Troisième grossesse (changement de géniteur) et quatrième grossesse terminées par des avortements de 6 et 8 semaines.

En mars 1932, pleurésie droite, séro-fibrineuse; on retire 200 cc. de liquide. Une radio faite à ce propos ne montre pas des lésions parenchymateuses nettes. La malade achève sa convalescence au sanatorium de Lay-Saint-Christophe.

Cinquième gestation: D.R. du 4 au 9 février 1933. Au début de la grossesse, la malade continue son travail. En juillet 1933, elle doit interrompre. Elle entre momentanément à l'hôpital pour une pleurésie gauche qui guérit sans ponctions. Le 25 octobre, elle consulte au Dispensaire d'Hygiène Sociale où on trouve, à droite, une grisaille marquée sous-claviculaire se continuant par des ombres hilaires. A gauche, ombres hi-

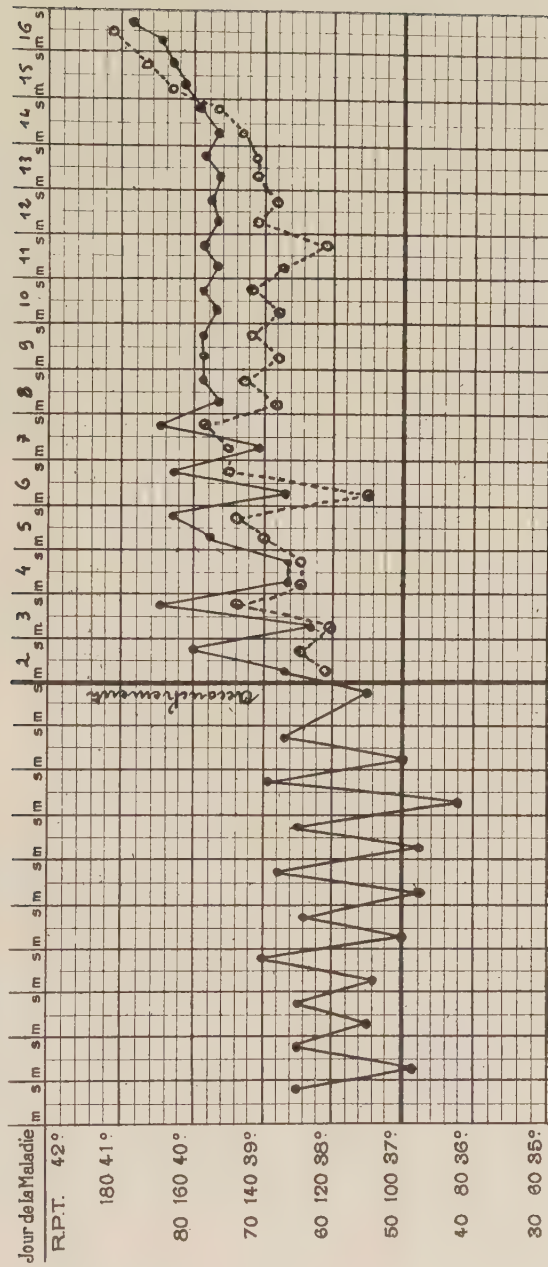
lares, base ombrée. Scoliose dorsale à convexité gauche. Examen des crachats négatif. Le 30 octobre, la malade entre à la Maternité. Elle est amaigrie. La température oscille entre 37°5 et 38°5. Les sommets sont submatés avec, au sommet droit, respiration diminuée et petits râles fins ; à gauche, respiration rude au sommet avec râles assez nombreux. Les crachats sont rares, purulents, striés de sang. Un nouvel examen de crachats montre, après homogénéisation, quelques rares bacilles longs et granuleux qu'on ne retrouve pas à l'examen direct. L'accouchement se fait à terme le 11 novembre 1933. Dilatations de 8 heures. Expulsion en 5 minutes d'une fille de 2,750 grammes. Délivrance normale. Placenta de 420 gr. Caduque épaisse. L'enfant est immédiatement séparé de sa mère.

Dès le lendemain, la température monte pour la première fois à 40°, oppression très considérable ; faciès altéré ; yeux excavés ; pommettes rouges ; peau brûlante ; céphalée ; transpiration. A partir de ce moment, déclin rapide ; toux fréquente avec peu de crachats ; insomnies pénibles. Dès le 13, les râles sont plus nombreux des deux côtés, s'étendant vers la fosse sous-épineuse et vers la partie moyenne. A ce moment on pense à une évolution granulique. Vers le huitième jour, en même temps que la température se stabilise en plateau un peu au-dessous de 40°, apparaît une céphalée violente avec raideur de la nuque et strabisme. La malade est couchée en chien de fusil ; elle a toute sa connaissance ; signe de Kernig positif. Petit à petit la malade tombe dans le coma ; elle se cyanose de plus en plus. Le pouls s'accélère et elle meurt le seizième jour après son accouchement. L'enfant va bien.

Autopsie. — Utérus gros et flasque avec un col béant renfermant un caillot. La muqueuse est tomenteuse et présente dans la corne droite un *cotylédon enchatonné, organisé, très adhérent*. Il n'y a pas de thromboses des pédicules bacillaires. Annexes normales. Intestin grêle semé sur toute son étendue de granulations blanchâtres sous-muqueuses, surtout dans la région iléale. A la section, entérite tuberculeuse, avec nom-

Etat de gestation
Tuberculose pulmonaire

Post-partum
Granulie et mningite B



breuses ulcérations concentriques à la lumière. Foie cardio-graisseux avec, à sa surface convexe, quelques tubercules miliaires; quelques tubercules caséux à la coupe. Les reins sont farcis de tubercules miliaires et granuliques. Rate avec un tubercule caséux ancien, gros comme une noisette. Pancréas avec de nombreuses adhérences aux anses grêles et à l'estomac. Epiploïte rétractile. Tubercules miliaires sur la face concave du diaphragme. Cœur petit et flasque, 100 cc. de liquide séreux dans le péricarde. Symphyse entre la plèvre costo-diaphragmatique droite et le faisceau endothoracique. A gauche, quelques adhérences récentes au diaphragme. Les deux poumons sont criblés de tubercules miliaires. Sur deux sommets quelques tubercules anciens calcifiés. Ganglions hilaires caséux ou calcifiés. A l'ouverture du crâne, grande quantité de liquide clair. Nombreux tubercules miliaires ordonnancés le long et autour des vaisseaux. A la base, dans la région cérébelleuse, tubercules caséux confluent plus importants. Dilatations marquées des ventricules latéraux par beaucoup de liquide. Plexus choroïdes congestionnés.

OBSERVATION II

(C. DECIO, *Zentralblatt für Gynäkologie*, janvier 1912.)

Il s'agit de deux femmes à pathologie douteuse, dont une avait eu une pleurite tuberculeuse pendant la grossesse, qui a guéri avant l'accouchement, et l'autre n'a présenté aucune altération sensible de l'appareil respiratoire.

Dans les deux cas, l'accouchement s'est fait rapide et facile.

Dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, apparaît une évolution fiévreuse d'origine douteuse, et immédiatement après le diagnostic de méningite tuberculeuse s'est imposé dans les deux cas.

La première femme meurt six jours et la deuxième seize jours après l'accouchement.

Les autopsies montrent, en effet, sauf la méningite tuberculeuse, une tuberculose miliaire généralisée.

OBSERVATION III

(Thèse FEUILLADE, de Nancy, 1924, d'après KUBINYI
Soc. de Gyn. de Budapest, avril 1913.)

Tuberculose miliaire aiguë, consécutive à une tuberculose génitale. Les accidents se manifestèrent après un avortement ; tout de suite après elle a eu des frissons, de la dyspnée avec cyanose et des signes de pleuro-pneumonie ; à l'autopsie on reconnut la généralisation tuberculeuse.

OBSERVATION IV

(WALTHARD, *Archiv für Gynäkologie*, mars 1933.)

Une femme de 26 ans qui, d'après les médecins traitants est bien portante, dans son troisième mois de la grossesse (cinquième grossesse). Le 4 janvier 1932, après un petit traumatisme, légères pertes sanguines vaginales ; le 8, nouvelles pertes ; le 11, le médecin croit nécessaire un avortement et, pour mieux la surveiller, l'hospitalise. Le 15, nouvel examen médical. Pas de pertes, mais une légère température. Le 22, on place un laminaire et le 25, on fait un curetage. A la fin de l'intervention commence une grande fièvre qui finit par la mort avec le diagnostic de péritonite, le 10 février 1932.

A l'autopsie : les poumons présentent des tubercules et dans les régions hilaires agrandies de l'anthracose en plus. Dans le lobe inférieur gauche, une cavité de 4 mm. de diamètre avec parois calcaires. Dans le hile gauche, un ganglion calcifié. La plupart des organes présentent une infiltration de tuberculose miliaire. La partie musculaire de l'utérus est caséeuse. Beaucoup de tubercules épithéloïdes et des cellules géantes. Des granulations jusque dans les parois des veines.

OBSERVATION V

(TERECHOVA, *Progrès Médical*, novembre 1932)

Malade de 27 ans, cinquième grossesse; est entrée à la clinique d'accouchement le 2 mars 1930, en travail, avec une grossesse datant de huit mois et la poche des eaux formée. Température 37°5. Le cours du travail est assez régulier. La malade a eu dans l'enfance la rougeole, la grippe et une inflammation des ganglions lymphatiques. Puberté à 13 ans; durée des règles: six jours, toutes les quatre semaines, sans douleur. En sept ans de vie génitale, elle a eu cinq grossesses dont deux accouchements normaux, à terme, une grossesse au huitième mois et une autre par avortement artificiel. La grossesse actuelle sans aucune complication. Le 9 mars, tout d'un coup, elle sent qu'elle perd les eaux. Le 11, elle ressent les douleurs de l'enfantement.

Etat actuel. — Température 37°5; pouls 86. La malade est de constitution normale, bien bâtie. Le tissu cellulaire sous-cutané est bien développé. Sur le cou, à droite, on trouve un paquet de ganglions lymphatiques augmentés de volume. Dans les poumons, à la partie supérieure du poumon gauche, on perçoit des râles secs disséminés. Les organes circulatoires et digestifs sont à l'état normal.

Examen obstétrical. — Hauteur de la matrice: 26 cent., position du fœtus: verticale, présentation céphalique: encore ballotante. Les bruits du cœur sont perdus à gauche, au-dessous de l'ombilic. Dimensions du bassin: 24, 28, 31, 19. »

Le 12 mars, accouchement prématuré, enfant vivant de huit mois, de 1 kg. 800 gr., 45 cm. de longueur; développement incomplet. Du 13 au 19 mars, la température varie de 38°7 à 39°.

Diagnostic. — Annexite, paramétrite et soupçon de tuberculose miliaire. Le 20, douleur dans la région des vertèbres cervicales (C2 et C5), à gauche, à l'endroit de l'insertion des muscles occipitaux et de l'apophyse mastoïde, et des rameaux des nerfs trijumeau et facial. Tous les nerfs craniens, au

point de vue fonctionnel, sont normaux. Les réflexes, normaux. Les ganglions lymphatiques du cou, dans toute la longueur du muscle sterno-cléidomastoïdien droit, sont hypertrophiés en masse. Diagnostic: méningite à son début. Le 24 mars, prostation complète et mort.

A l'autopsie. — La pie-mère sur les hémisphères cérébraux est légèrement œdématisée, à la base du cerveau plus fortement et parsemée de bourgeons miliaires.

Les ganglions lymphatiques profonds et rétro-péritonéaux, de la grosseur d'une noix à celle d'une noisette, présentent de la dégénérescence fibreuse et caséuse. La rate, le foie et la région corticale des reins sont parsemés de bourgeons miliaires. Sur l'ovaire gauche il y a quelques petits bourgeons caséux.

Diagnostic anatomo-pathologique: tuberculose miliaire et méningite tuberculeuse bacillaire.

OBSERVATION VI

(ANDÉRIODAS, MAHON et SURVILLE

Bulletin de la Soc. d'Obs. et Gyn., 1932.)

D..., mulâtresse de 22 ans, entrée à l'hôpital le 9 mars 1931; le travail débute dès le lendemain au terme de huit mois et demi. On essaye vainement de l'arrêter par un lavement laudanisé, l'accouchement se termine spontanément le 11 mars à 7 heures par la naissance d'un enfant vivant de 2 kg. 500. Délivrance naturelle, 30 minutes après l'accouchement. La durée totale du travail a été de sept heures, la durée de la période d'expulsion de trois quarts d'heure; la poche d'eau s'est rompue spontanément à la dilation complète. L'enfant présente un ventre volumineux avec circulation collatérale et un hydrocèle communicant bilatérale, avec ectopie testiculaire double.

Dans les antécédents de la femme, rien de pathologique. Pendant sa gestation, elle eut une crise d'entérite au mois

d'avril 1930. Huit jours avant son entrée à l'hôpital, elle arrivait à Paris où elle était serveuse de restaurant. Elle ne travaillait plus, se sentant fatiguée, mais elle circula dans la ville sans éprouver de malaise ni de douleur d'aucune sorte.

Immédiatement après l'accouchement, sa température était de 37°, le pouls s'éleva à 96; neuf heures après, 39°2 avec un pouls à 120, sans frissons. A partir de ce moment-là, sa température ne descendra jamais au-dessous de 39°. La malade présente une céphalée légère et une douleur diffuse, peu accusée au niveau de la fosse iliaque gauche, douleur qui s'accroît lors des rares accès de toux qu'elle présente. A la palpation, le ventre souple, non douloureux; l'utérus remonte jusqu'à l'ombilic, indolore. Au toucher on trouve un col non déchiré, perméable; on sent, à gauche, une masse de volume et de la forme d'un œuf de poule, non douloureuse, mobile, que l'on ne retrouve plus après cathétérisme dans la vessie. L'auscultation du cœur et des poumons est négative. On met de la glace sur le ventre de la malade et on attend. Les jours suivants, la température se maintient entre 39 et 40°, et le pouls reste à 120. L'utérus fait son involution lente sans devenir jamais douloureux. Les lochies sont normales, non fétides. Pas de diarrhée, pas de vomissements. La toux est plus fréquente, grasse, et la malade expectore avec peine quelques crachats blancs, adhérents. A l'auscultation, signes de bronchite discrète. Le troisième jour, on fait un abcès de fixation et une hémoculture sur trois milieux (bile, bouillon, anaerobiose). Cette hémoculture et une autre, faite quelques jours après, resteront indéfiniment négatives. Dans les crachats, aucun élément anormal, pas de B.K., quelques rares pneumocoques. Les jours suivants, pas de changement et un examen médical très complet ne décèle aucune localisation suffisante pour expliquer le degré de l'hyperthermie. Cependant on note une dyspnée très marquée, avec râles fins aux bases pulmonaires. Cœur, foie, rate, sans indications cliniques. Une cuti-réaction à la tuberculine est pratiquée. Pendant la nuit, agitation assez vive avec délire, trémulations constantes

des mains et de la face. Le septième jour, subcoma avec état méningé; raideurs musculaires généralisées, yeux grands ouverts, pupilles égales.

P.L.: liquide clair de roche, coulant goutte à goutte. Alb.: 0,30; glucose: 0,45; chlorure: 8,8; polynucléose: seize éléments. Le huitième jour, l'état méningé disparaît; l'état général s'améliore légèrement; la malade ne délire plus et reconnaît son entourage. Le jour suivant, l'aggravation recommence et après trois jours de température à 40° et subcoma, elle meurt.

A l'autopsie. — L'intestin légèrement dilaté. L'utérus gros, mou, incomplètement involué et en rétroflexion accentuée. Petit kyste dermoïde de l'ovaire gauche, non suppuré, mobile, du volume d'une mandarine. L'utérus montre, au niveau de la corne utérine gauche, une rétention cotylédonnaire du volume d'une petite noisette. Les deux poumons sont farcis de nodules dont le volume varie de celui d'un grain de blé à celui d'un grain de maïs et dont certains sont franchement suppurés. On trouve des tubercules caséeux conglomérés. Un frottis assez nouveau montre de très nombreux bacilles acido et alcool résistants, polymorphes, mais surtout d'aspect granuleux. Le cœur présente un long caillot blanc adhérent au niveau de la valvule mitrale et un autre dans l'auricule droit; encéphale légèrement hyperémié, mais sans abcès ni réaction méningée appréciable. Rien à signaler au niveau des autres organes. A l'examen histologique, on voit le cotylédon placentaire rempli de polynuclées en pycnose et de noyaux lymphocytiques.

OBSERVATION VII

(GIRARD, thèse Montpellier, 1923
d'après VALLOIS et ROUME.)

S... R., primigeste de 20 ans, entre à la clinique obstétricale le 16 janvier 1920. Le jour même de son entrée, elle accouche prématurément et sans incident d'un enfant de 2.760 grammes. Chez cette jeune mère, il n'avait été relevé

aucun état pathologique susceptible d'être noté. Son mari est bien portant, ses parents ont avoué qu'elle avait toujours été d'une santé un peu délicate. Dans les suites de couches, une élévation de température, dont la cause fut recherchée tout d'abord du côté de l'utérus, apparut rapidement. Cependant l'involution de celui-ci semblait normale, le fond s'abaissait régulièrement mais le col était anormalement perméable et les lochies encore sanglantes au dixième jour. En présence de cet état, on pratique un curage de la cavité utérine et on termine par une cautérisation de la cavité à la teinture d'iode. Malgré cela, la température ne tombe pas dans les jours suivants, la malade se met à tousser et maigrit rapidement. L'expectoration apparaît, le pouls instable est aux environs de 120; il est hypotendu. Au vingt-troisième jour après l'accouchement, un examen local montre que tout est terminé du côté de l'utérus. Le col est refermé, la malade ne perd plus, on ne trouve aucun empâtement ni dans le paramètre, ni dans le Douglas. L'utérus est parfaitement mobile. Malgré la médication mise en œuvre, la température persiste avec de grandes oscillations, la malade maigrit et sent ses forces décliner rapidement. A ce moment, l'auscultation permet de percevoir des signes nets de tuberculose pulmonaire aux deux sommets; ces signes vont rapidement en se précisant et on trouve bientôt les craquements puis les râles humides. L'expectoration devient plus abondante, bien que la malade déglutisse une partie des crachats. Ceux-ci, examinés bactériologiquement, montrent la présence de bacilles de Koch. Un mois après son accouchement, la malade est emportée par sa famille; elle a succombé chez elle quelques jours après.

OBSERVATION VIII

(PILOD, thèse Lyon, 1909
d'après CHARRIN, *Lyon Médical*, 1873.)

Sophie D..., 29 ans, tripare. Père et mère bien portants, deux sœurs robustes. Réglée pour la première fois à 14 ans, régu-

lièrement depuis. Mariée à 25 ans. Première grossesse il y a trois ans, terminée au septième mois. Un effort qu'elle fit en soulevant un fardeau aurait provoqué l'avortement. Deuxième grossesse il y a deux ans ; elle accouche à terme d'une fille qu'elle allaite elle-même. Cet enfant est mort il y a deux semaines, après cinq jours de maladie. Ces deux grossesses, si rapprochées, n'avaient point ébranlées sa santé ; elle ne toussait pas, n'éprouvait aucun malaise, était aussi forte qu'autrefois.

Dans le courant d'août 1872, elle devint enceinte pour la troisième fois. Les quatre premiers mois s'étaient bien passés, quand, vers la fin de décembre, à la suite d'un coup de froid, elle fut prise brusquement d'une pleurésie droite. Admise à l'hôpital, elle y resta deux mois pendant lesquels on la soumit à un régime tonique, en même temps qu'on lui appliquait une série de vésicatoires sur le côté de l'épanchement. Pendant son séjour dans les salles, elle eut de nombreuses épistaxis ; peut-être cracha-t-elle quelques filets de sang ; mais il n'est pas sûr qu'elle ait eu de véritables hémoptysies. Elle n'était pas guérie quand, sur sa demande, on la laissa sortir ; elle toussait, en effet, beaucoup, était très faible, s'essoufflait au moindre effort. Son état, depuis, n'a fait qu'empirer. Le 27 mars, elle vint accoucher à la Charité, vers le milieu du septième mois de sa grossesse. La maladie dont elle était atteinte expliquait pleinement à elle seule cet avortement. Les suites de couches, exemptes du reste de toute complication, ne parurent pas d'abord aggraver sa position. L'involution de l'utérus se fit régulièrement, mais la sécrétion lactée s'établit à peine. L'état général n'en était pas moins des plus tristes ; la malade, en effet, était très essoufflée, ne reposait pas, mangeait à peine, avait une fièvre continue avec exacerbations tous les soirs suivie de sueurs nocturnes profuses. Les lésions locales étaient très avancées. Du côté droit du thorax, un simple examen montrait un affaissement de la paroi, avec immobilité absolue, dépression des fosses sus- et sous-claviculaires. La mensuration donnait presque 6 cm. de circonférence au

moins. Les côtes étaient ainsi à peu près au contact par leurs bords, effaçant ainsi les espaces intercostaux. La matité était complète dans toute la hauteur, les vibrations thoraciques exagérées. Au sommet on trouvait du souffle caveux, de la pectoriloquie aphone, quelques gros râles après la toux, mais pas de gargouillements; dans le reste du poumon, du souffle presque tubaire, de la bronchophonie, des râles muqueux assez abondants. Du côté gauche, la respiration rude, soufflante, des râles muqueux sans prédominance au sommet. De ce qui précède, il était facile de conclure à la phtisie et à l'adhérence des poumons dans toute la hauteur de la paroi, qui paraît être sinon le point de départ, au moins la première manifestation appréciable de la maladie. Vers le septième jour de couches, l'état, à peu près stationnaire de la maladie, s'aggrava d'une façon notable. La respiration devint de plus en plus pénible, l'hématose de plus en plus incomplète; elle mourut le dixième jour avec des symptômes très accusés d'asphyxie.

Autopsie (résumée). — On trouve une certaine quantité de pus dans les lymphatiques des ligaments larges, les ganglions lombaires et pelviens. Rien au péritoine, aux intestins, aux ganglions mésentériques. Rate volumineuse, ramollie. A sa périphérie on trouve quelques granulations tuberculeuses très nettes, surtout à son pôle supérieur. Nous avons pu en rencontrer trois ou quatre sur les coupes de l'organe. Les reins offrent aussi quelques tubercules, soit à la périphérie, soit dans l'épaisseur de la substance corticale, plus rarement dans les pyramides. Foie gras, gros. Cœur et péricarde sains. Le poumon gauche présente des granulations à divers degrés d'évolution, disséminées à peu près également partout. La plèvre participe à la lésion; ses deux feuillets sont de plus en plus faiblement unis par des adhérences récentes. Du côté droit, ainsi que nous l'avons dit, le thorax est déformé. Le poumon ratatiné, affaissé, est criblé de tubercules; son lobe supérieur est creusé de plusieurs cavernes. L'organe est entouré d'une coque fibreuse épaisse, adhérente à la paroi, au

diaphragme. Dans les sinus costo-diaphragmatiques on trouve de grosses collections caséuses. Les ganglions bronchiques sont hypertrophiés, caséux. Ulcérations tuberculeuses de la trachée. Placenta non examiné.

OBSERVATION IX

(PILOD, thèse Lyon, 1909

d'après WEICHELBAUM, *Wiener Med. Wochens.*, 1884.)

Une fille de 25 ans qui avait été reçue au milieu de novembre 1933 dans le deuxième service de médecine de Rudolf-Spital et qui, depuis un mois, ne voyait plus ses règles, souffrait depuis quatorze jours d'insomnie, de toux sèche et de dyspnée. Elle présentait une fièvre assez élevée, une bronchite, une légère augmentation de la rate. L'utérus est gros. Dans les tout derniers jours de sa vie s'installèrent des vomissements, et huit jours après une hémorragie utérine, d'abord négligeable, mais qui, plus tard, devint presque continue et anémia la malade. Le 5 décembre, avortement d'un fœtus âgé d'environ quatre mois. L'hémorragie persiste et, le 11 décembre, c'est-à-dire quatre semaines après son entrée à l'hôpital, elle mourrait, présentant tous les symptômes d'une anémie aiguë.

Autopsie (résumée). — Tuberculose miliaire généralisée aiguë. Le péritoine est atteint. Des tubercules peuvent être décelés dans le foie et la rate par le seul examen microscopique. Le point de départ était, sans aucun doute, une tuberculose des veines utérines, au niveau de l'insertion placentaire, qui présentait des foyers caséux, gros comme un pois. Ce sont ces foyers utérins qui, en déversant leur contenu bacillaire à l'intérieur des veines utérines, avaient déterminé la phlébite et l'infection générale consécutive. Les deux trompes étaient moniliformes, dilatées par des masses caséuses. Leurs muqueuses épaissies, infiltrées et parsemées de petites granulations. L'utérus lui-même avait la grosseur d'un poing d'homme et présentait, au niveau de l'insertion placentaire, les lésions sus-indiquées.

Dans les quatre préparations faites avec des caillots pris dans le cœur, WEICHELBAUM a pu colorer des bacilles. Rien au placenta.

OBSERVATION X

(PILOD, thèse Lyon, 1909

d'après KRAUSS, *Zeitsch. für Geb. und Gynec.*, 1900.)

La malade M... F., âgée de 31 ans, fut reçue dans le service de médecine de Rudolf-Spital le 25 novembre 1899 avec le diagnostic de tuberculose pulmonaire. L'examen montra ensuite qu'elle était enceinte de cinq mois. Le 28 novembre, la femme avorta; cinq heures après la sortie du fœtus, le placenta fut extrait manuellement. Le 17 décembre, la malade mourut des signes de tuberculose miliaire aiguë.

Autopsie (résumée). — Tuberculose miliaire disséminée dans toute l'étendue des deux poumons, dans la rate, le foie, les reins, le péritoine pariétal et viscéral. Tuberculose de l'utérus, tuberculose chronique du lobe supérieur des deux poumons. Légère tuberculose ulcéreuse de l'intestin. On trouve des granulations grises disséminées sur la muqueuse vaginale et dans l'endomètre. On trouve aussi un polype placentaire du volume d'un pois, dont la surface était nécrosée et contenait des masses caséeuses. Les granulations examinées au microscope se présentaient comme des tubercules typiques ramollis, confluent à l'insertion placentaire et dans le polype. Ces tubercules étaient réunis en un gros magma caséeux. On constata de même des tubercules périvasculaires très riches en bacilles, ce qui permit de démontrer l'origine hématogène de l'affection. Comme cause de l'avortement, l'affection pulmonaire, seule de date ancienne, n'est pas douteuse. Les trompes étaient saines.

OBSERVATION XI

(A. FRUHINSHOLZ, *Bull. de la Soc. d'Obs. et Gynéc.*, 1926.)

M. S..., 20 ans, célibataire, bonne, parents bien portants ; une sœur et trois frères bien portants. Un frère mort à 16 mois d'affection pulmonaire. Elle-même a toujours été d'une bonne santé ; réglée à 15 ans ; règles revenant exactement et constamment tous les vingt-huit jours, durant cinq jours et indolores ; n'a jamais souffert du ventre ; n'a jamais été arrêtée par une maladie quelconque.

Grossesse actuelle : D.R. terminées le 9 juin 1925. Evolution normale. Leucorrhée banale. Pas de douleur abdominale. A travaillé constamment comme bonne à tout faire jusqu'à la veille de son accouchement, et passait même une partie de ses nuits à danser et à s'amuser. Elle avoue toutefois s'être sentie fatiguée dans la dernière quinzaine ayant précédé son accouchement, avoir manqué d'appétit, avoir maigri et avoir toussé légèrement. Cette femme entra en travail prématurément dans la nuit du 27 au 28 janvier. Elle perd les eaux le 28 au matin, entre à la maternité à 9 heures avec une présentation de sommet et une dilatation de deux francs. A 14 h. 50, la dilatation est complète. A 15 h. 20, elle expulse sans incident une fille de 2.400 gr. Délivrance normale dans les délais normaux. Placenta de 520 gr. avec rupture des membranes au ras du bord.

Dès le lendemain matin, la fièvre monte à 39°6 ; 40° le soir, avec des frissons ; la température persiste ainsi pendant plusieurs jours avec des légères rémissions matinales. Le pouls est à 120. Le ventre est sensible et se ballonne d'une façon considérable ; néanmoins, les gaz passent ; il n'y a ni hoquet, ni vomissement. On pense à de l'infection avec réaction péritonéale. On soumet la malade à une série (trois) d'injections de sérum antistreptococcique de 80 cc. chacune et on lui fait des applications de glace sur le ventre, elle garde relativement bonne mine, se plaint surtout de la tête. Le ventre reste obstinément ballonné. La température persiste

sans grande rémission; insomnie; on perçoit à un moment donné un léger empatement vers la fosse iliaque du côté gauche. Le 3 février, élimination de quelques caillots avec quelques débris, sans odeur. Un examen local montre le col largement béant; le cul-de-sac vaginal postérieur est douloureux. Le 6 février, l'état restant grave, on tente de provoquer un abcès de fixation (1 cc. de térébenthine) qui d'ailleurs ne prend pas; on alterne l'emploi en injection sous-cutanée de l'urophormine et du nucléinate de lithium. Le ventre reste ballonné. Les gaz passent, les selles provoquées par lavements sont normales; urines anormales. La malade tousse légèrement. Vers le 12 février apparaissent des vomissements; d'une façon générale, la température persiste, mais d'une portée un peu moins élevée qu'au début. Le 13 février, on est frappé de constater, à la faveur d'un peu de détente dans la distension abdominale, qu'il y a au niveau de la paroi des zones de rénitence avec submatité, formats placards; on envisage pour la première fois l'hypothèse de bacillose péritonéale. La malade tousse et crache; on perçoit des râles muqueux aux deux sommets, surtout à droite, avec retentissement de la voix et nuance soufflée; un examen bactériologique des crachats ne décèlent pas les B.K. Evacuation normale des gaz et des selles qui deviennent diarrhéiques, les vomissements continuent. Le 15 février, on perçoit la sensation de flot; il y a de la matité dans les flancs; le palper décèle une rénitence dirigée parallèlement au côlon transverse. Le 16 février, on trouve la réaction de Calmette positive. Le 18, la diarrhée s'est arrêtée; les vomissements persistent; quelques râles humides sont perçus dans les bases des deux poumons, surtout à droite. Mêmes constatations abdominales; au toucher on ne délimite pas l'utérus, les culs-de-sac sont douloureux et vaguement empâtés vers les annexes. L'état général décline visiblement; amaigrissement et pâleur; sueurs nocturnes; constipation; les vomissements prennent un caractère tenace. Le diagnostic de péritonite bacillaire est porté et on se décide, devant la gravité de la situation, de tenter la laparotomie. Celle-ci faite,

on trouve le péritoine pariétal très épais, friable, recouvert d'un semis de granulations jeunes. A l'ouverture, il s'écoule un liquide séro-purulent, fétide, abondant (trois-quatre litres), grumelleux, avec des débris fibrineux. On constate l'existence d'une cavité circonscrite en bas par le cul-de-sac vésico-utérin, l'utérus augmenté de volume et le côlon sigmoïde faisant éperon dans le cul-de-sac de Douglas et séparant celui-ci en deux loges, en haut par l'intestin adhérent à la paroi. Sur les côtés on remarque les trompes étagées, tirées en haut et en dehors, fixées à la paroi latérale du bassin. Toute cette cavité est tapissée de fausses membranes épaisses ; tous les viscères sont criblés d'un semis de granulations. Le liquide évacué, on introduit deux drains dans le Douglas et on referme la paroi en trois plans. Le lendemain il y a une chute de la température, la malade éprouve un soulagement très passager puis la température remonte autour de 39°, les vomissements persistent, la diarrhée réapparaît, la cachexie s'accroît, des escharres fessières se forment. Vers le 3 mars, délire intermittent. Le 6 mars, la malade est mourante. Malgré la défense formelle qui lui en est faite, sa famille l'emmène chez elle et ne donne plus de nouvelles.

L'examen d'un lambeau prélevé au niveau du péritoine montre des lésions tuberculeuses typiques avec de très nombreux follicules, à cellules épithéloïdes et lymphoïdes et de très rares cellules géantes.

OBSERVATION XII

(FEUILLADE, thèse Nancy, 1924
d'après FRANÇOIS, HARBITS
Munchen. Med. Wochens., 1913.)

Primipare mariée de 26 ans. Pleurésie il y a six ans. Plus tard, elle avait pris froid et toussait sans expectoration. Cependant elle se portait bien et ne vit aucun médecin. Pendant la gestation, elle eut des nausées et des vomissements, mais se trouvait encore bien portante. A son arrivée à la maternité, le

8 janvier, on trouva une tuberculose du sommet droit. Après l'accouchement le 8 janvier (durée de onze heures), elle eut de la fièvre et les signes physiques s'installèrent (souffles bronchiques, râles, etc...). Elle mourut le 5 février, vingt-huit jours après l'accouchement.

Autopsie. — En dehors des adhérences fibreuses du poumon gauche, on trouva au sommet une tuberculose chronique ancienne avec marbrures du tissu conjonctif, tubercules fibreux, une caverne énorme et d'autres petites à contenu caséux et tubercules dans les parois. Tuberculose miliaire des poumons, des plèvres, du péritoine, dans le foie, la rate et les reins. L'arbre génital montrait des lésions nettes. La trompe droite était fortement tuméfiée, tordue, remplie d'une masse caséuse. Tuberculose salpingienne ancienne. L'utérus est grand, mou, long de 10 centimètres, large de 6 centimètres; le col est ouvert, la face interne de la paroi est légèrement congestionnée avec un enduit glaireux peu épais sans aucun signe d'infection puerpérale; de même pas d'infection du paramètre. Pas de rétention placentaire. Dans le fond de l'utérus, sur la plaie placentaire, on trouve des tubercules, granulations tuberculeuses sur la *decidua basalis*. Le placenta ne fut pas examiné. Enfant débile, malformation (six doigts et six orteils de chaque côté). Il fut nourri par une nourrice saine et séparé de sa mère. Il mourut le 2 février, âgé de 25 jours. L'autopsie montre un amaigrissement considérable (1.930 gr.). Tuberculose pulmonaire avec adénopathie hilare. L'inoculation au cobaye avec des organes fœtaux fut positive. L'enfant fut donc bien infecté par la mère. L'utérus et la trompe étaient atteints de tuberculoses anciennes, ce qui n'exclut pas la généralisation au placenta et à l'enfant de la tuberculose miliaire constatée, par voie hémato-gène. Le point de départ de l'infection est vraisemblablement une tuberculose placentaire.

OBSERVATION XIII

(TRANCHIDA, *Rivista d'Ostetricia e Gynecologia Pratica*, mars 1928.)

Femme, robuste physiquement, 39 ans. Le géniteur en vie, bien portant. Les parents bien portants. Deux frères morts, dernièrement, jeunes, de tuberculose. Aucune maladie dans l'enfance, ni à l'époque de la puberté. Les premières règles à 17 ans, suivies d'une aménorrhée d'un an, période suivie des règles venues régulièrement, anticipées de cinq jours. Mariée à 23 ans. Deux ans après, une grossesse à terme, compliquée de vomissements graves dans les premiers cinq mois. Les suites de couches normales. L'enfant, sain, a actuellement 14 ans. En 1921, un avortement spontané de deux mois, compliqué de vomissements graves. En 1923, un autre avortement (entre le deuxième et troisième mois), aussi spontané, compliqué aussi de vomissements graves. De 1923 à 1926, un état aussi florissant que possible. Vers fin octobre, début novembre 1926, de nouveau enceinte pour la quatrième fois ; elle a des vomissements très graves et dépérit progressivement. Dans la seconde moitié du quatrième mois et la première moitié du cinquième mois, les vomissements diminuent et les conditions générales s'améliorent nettement. Dans la première semaine de mai, elle a des pertes muco-sanguinolentes très fréquentes, presque continues, accompagnées de légers mouvements fébriles.

Le 15 mai, elle entre en travail et, le 16, expulse un fœtus du sexe féminin, complet mais maigre ; il vit deux jours. Les suites continuent à une température légère, mais avec l'avancement de l'involution de l'utérus ; la température monte et devient irrégulière. Comme la grande température persistait et le dépérissement de la patiente s'accroissait, on a pensé à un foyer pulmonaire de nature tuberculeuse. Pourtant les organes respiratoires sont trouvés sains. L'expulsion spontanée d'un caillot sanguinolent, pendant la miction, nous décide

de procéder à une révision de l'utérus quatorze jours après l'expulsion. Le résultat fut quelques résidus placentaires et une grande sécrétion utérine. A cette occasion on a vu que l'utérus était subinvolué et le col reconstitué seulement en partie. Avec les extraits de la révision, on a fait une culture bactéricide, dont les résultats furent négatifs. Mais l'examen microscopique de la sécrétion utérine révéla la présence de cellules géantes.

La recherche des B.K., négative. *On met le diagnostic de tuberculose génitale.* La grande céphalée, la fièvre très élevée et les vomissements font penser alors à une localisation méningée et décident de ne rien faire. L'alimentation devient nulle. On procède à deux P.L. Dans la première, le liquide est clair. Dans la seconde, le liquide est un peu trouble. L'examen clinique révèle un peu d'albumine et, microscopiquement, on voit des filaments en spirales et coniques. On relève la présence de nombreux lymphocytes. On ne fait pas la recherche de B.K. Les conditions générales deviennent plus graves par l'inanition et la perte des facultés mentales. Le 28 juin, quarante et un jours après l'expulsion, la malade est morte par paralysie respiratoire. On ne pratique malheureusement pas l'autopsie.

OBSERVATION XIV

(D'après JOSEPH, R. WISEMAN et A. WALDEN
RETAN de la *Syracuse-Mémorial Hospital N.-Y.*)

Une jeune femme de 20 ans, sans antécédents très intéressants, qui entre à l'hôpital avec une grossesse de cinq mois, présentant depuis quarante-huit heures des pertes sanguinolentes. Elle expulse quelques heures après un fœtus de cinq mois. Dans les jours qui suivent, elle présente une grande fièvre et un pouls variant de 103 à 105. Elle meurt trois mois et demi après l'avortement, avec le diagnostic de tuberculose miliaire aiguë.

OBSERVATION XV

(A. FRUHINSHOLZ. Maternité de Nancy.

Gynéc. et Obst., mars 1934.)

Mme X..., 24 ans, deux frères et sœurs bien portants. Parents sains. A perdu un frère à 15 mois de convulsions; a marché à 14 mois; réglée à 14 ans irrégulièrement; mariée en 1928.

Première gestation en 1928; tout normal; enfant de 3.500 grammes, nourri au sein trois mois; bien portant.

Deuxième gestation en 1930. Tout normal; enfant nourri au sein, mort à 3 mois de convulsions.

Troisième gestation en 1931. Tout normal; enfant nourri au sein; 23 mois; bien portant.

Quatrième gestation. D.R.: 7 à 10 février 1933. La malade entre à la maternité le 23 mai 1933, à 19 heures, perdant du sang et souffrant de douleurs lombaires depuis deux jours. A l'entrée, température 39°; pouls 104. Utérus peu gros pour trois mois, avec col largement entr'ouvert donnant accès sur des débris ovulaires et des caillots fétides. On procède sur-le-champ à un curage sans anesthésie; on ramène un petit œuf de deux mois environ, engagé dans le trajet cervical et suspendu à un lambeau de caduque encore adhérent. On termine par une injection utérine iodée. Dans une première phase du post-abortionum, qui prend fin vers le treizième jour, la température oscille entre 38° et 39° avec des manifestations douloureuses du côté des ligaments larges. On n'a pas de doute sur l'origine utérine de la température. Le quinzième jour, la fièvre remonte. Comme à ce moment il y a encore de l'empâtement perceptible au palper dans la région correspondante à la partie supérieure du ligament large gauche, on fait à deux reprises et à deux jours consécutifs un quart et un demi-centimètre cube de vaccin Delbet; après quoi la température monte à 40° et se met à osciller entre 39 et 40°. Le toucher ne révèle rien de spécial. Le dix-neuvième jour, la malade se plaint de céphalée, de douleurs assez vives dans la région de

la nuque, avec quelques vomissements. Le vingt et unième jour, les douleurs de la nuque s'accroissent; l'état général semble profondément atteint; la malade est somnolente. Il y a de la raideur de la nuque, mais pas de signe de Kernig net. La malade se plaint de céphalée violente et de troubles oculaires. Une P.L., pratiquée sous le contrôle du manomètre de Claude, donne lieu à un jet de liquide horizontal; la pression enregistrée est de 90 mm. A ce moment, on envisage la possibilité du développement d'un abcès cérébral en rapport avec l'infection péri-utérine constatée.

Le vingt-deuxième jour, les signes méningés sont passés au premier plan du tableau clinique. La céphalée, violente, avec des exacerbations périodiques provoquant des cris à caractère hydrocéphalique. Photophobie. La malade reste couchée en chien de fusil. La raideur de la nuque s'est accrue. Le signe de Kernig est nettement positif. Forte dissociation du pouls et de la température. Clonus du pied gauche. Pas de Babinsky. Mydriase des deux pupilles. Strabisme interne de l'œil droit avec paralysie légère de la sixième paire. Douleur à la pression des globes oculaires. Le liquide céphalo-rachidien est clair, non teinté, contenant un coagulum de fibrine. Dans le culot de centrifugation, nombreux lymphocytes bien conservés. Flore abondante constitué uniquement par des bacilles de Koch sur lesquelles il n'est pas permis d'hésiter. On porte ferme le diagnostic de méningite bacillaire. Les jours suivants, tombe dans un état d'hébétéude et de torpeur dont il est impossible de la tirer. Elle meurt le vingt-huitième jour après le curage.

Autopsie. — Rien de spécial du côté de l'intestin, de l'utérus et de ses annexes. Les reins sont petits, rouges, à capsules adhérentes avec corticale très réduite, artères béantes. Foie un peu gros. Rate légèrement augmentée. Pancréas normal. 200 à 300 cc. de liquide citrin dans chacune des cavités pleurales. Poumons indemnes de lésion tuberculeuse. Péricarde rempli d'environ 1 litre 1/2 de liquide séro-fibrineux avec quelques dépôts fibrineux sur le feuillet viscéral. Myocardite

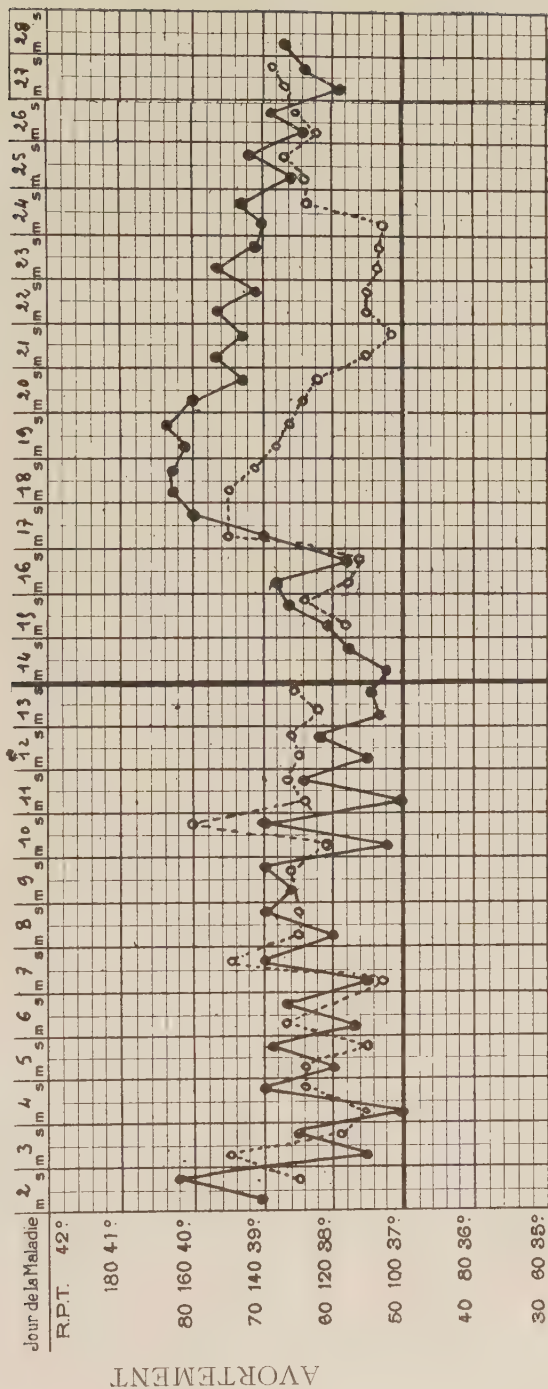
POST-ABORTUM

Première phase

Accidents infectieux banaux

Deuxième phase

Accidents méningés bacillaires



scléreuse sans lésion valvulaire. A l'ouverture du cerveau, écoulement normal du liquide clair. On ne décèle pas de nodules suspects le long des vaisseaux. Pas de lésion des plexus choroïdes. Dilatation ventriculaire légère. Rien d'anormal sur les coupes macroscopiques, ni sur les coupes microscopiques intéressant le cortex, le noyau gris, les plexus choroïdes; les coupes microscopiques, faites sur les reins, montrent des lésions de néphrite subaiguë tendant à chronicité. (Glomérules en pain à cacheter, tubulite avec tuméfaction trouble des cellules des tubes contournés.)

OBSERVATION XVI

(PILOD, thèse Lyon, 1909

d'après FISCHER, *Praktische Med. Wochens.*, 1883.)

Une femme tombe malade le jour de son accouchement, avec une forte fièvre qu'elle conserve pendant dix jours; quelques jours après la chute de sa température, elle sort de l'hôpital guérie. Trois semaines plus tard, l'accouchée est de nouveau prise d'une forte fièvre et de frissons journaliers. On constate les modifications pulmonaires suivantes: en quelques points respirations bronchiques. Pas de matité. On pose le diagnostic de processus puerpéral pyohémique. Morte onze jours après le début de la deuxième maladie.

Autopsie. — Tuberculose miliaire des poumons et des organes abdominaux.

OBSERVATION XVII

(A. FRUINSHOLZ. Maternité de Nancy.

Gyn. et Obs., mars 1934.)

Mme X..., âgée de 20 ans, habituellement bien portante, enceinte pour la première fois, arrivée en excellente santé à la fin de son huitième mois, perd prématurément les eaux. L'accouchement se fait très rapidement et spontanément en 7 h. 30 environ. Fille de 2.700 gr. Délivrance cliniquement

normale. Le placenta est marginé; on remarque une *caduque épaisse et couenneuse* sur les bords du placenta avec *des dépôts fibrineux abondants*, bien que l'intéressée affirme n'avoir pas perdu du sang pendant la grossesse. On a l'impression qu'il doit rester de la caduque et de la fibrine dans la cavité utérine. Dès le lendemain, la température monte à 39° et on constate une légère sensibilité para-utérine gauche. Dans les jours suivants et pendant longtemps, la température ne va pas cesser d'osciller entre 37°5 et 38°, avec un pouls qui n'est pas accéléré. Vers le vingt et unième jour, l'état subfébrile persiste avec les mêmes caractères; l'utérus est bien rétracté, antéfléchi avec un peu de sensibilité vers le ligament large gauche. Vers le vingt-huitième jour il y a une poussée à 39°: l'état général et local restent bons; la malade accuse une céphalée tenace et des petits mouvements fibrillaires au niveau des membres supérieurs. De temps en temps elle éprouve des petits frissons. Elle se lève sur la chaise longue pendant quelques jours, mais comme la température s'obstine, on remet la malade au lit. Une hémoculture et un séro-diagnostic sont négatifs. Au bout de cinq semaines il y a toujours 38° le soir; on remarque de temps en temps, dans les injections, des petits débris fibrineux. La constipation est tenace. L'examen génital ne décèle aucune particularité. Ventre souple. Progressivement la température s'élève; la céphalée devient gravative. Vers le quarantième jour après l'accouchement, la malade a une selle involontaire. Raideur de la nuque. Signe de Kernig positif. Urée sanguine: 0,52. Hémoculture négative. Ponction rachidienne qui donne écoulement à un liquide clair. On porte le diagnostic de méningite bacillaire. L'état s'accuse de plus en plus; nombreuses syncopes; demi-coma; mouvements trémulants légèrement convulsifs des membres supérieurs; chute complète de la paupière droite; la malade meurt dans le coma environ le cinquantième jour après son accouchement.

OBSERVATION XVIII

(A. FRUHINSHOLZ, Maternité de Nancy.

Gyn. et Obs., mars 1934.)

Mme X..., primipare, 20 ans environ. Accouche prématurément et facilement. Le médecin qui assiste cette jeune femme est frappé de l'existence, sur le placenta, d'un cotylédon d'aspect lardacé. Dès le surlendemain, la fièvre s'allume, oscillant autour de 39°, avec des frissons répétés. Le cinquième jour, curetage qui ramènerait des débris; le soir, température 40°; le lendemain, apyrexie puis reprise de la fièvre autour de 40° avec frissons. Le neuvième jour, céphalée; température: 37°5; pouls: 90. Lochies un peu fétides. La malade tousse légèrement, se plaint de la gorge et présente un léger engouement à la base du poumon droit. D'ailleurs, vers le quatorzième jour, la température tombe et reste audessous de 37° jusqu'au vingt-cinquième jour. L'utérus, à ce moment, est petit, un peu sensible et rejeté à droite. Après le vingt-cinquième jour, la température remonte et se met à osciller autour de 38°, avec des légers frissons. Céphalée continue et tenace. Pouls: 120. Légère sensibilité péri-utérine droite. On s'attend à des manifestations de phlébite qui ne se vérifient pas. L'utérus est tombé en rétroversion avec des annexes droites du volume d'une amende verte et sensible à la pression. On injecte une ampoule de vaccin de Delbet qui détermine une réaction thermique à 39°. Le pouls reste à 100. Céphalée permanente. Au quarante-quatrième jour, le pouls se ralentit à 80; la température oscille entre 38° et 39°; la malade accuse de la diplopie; strabisme net. Vomissements. Une hémoculture est négative. Une P.L. ramène un liquide clair. Le signe de Kernig est positif le quarante-septième jour. On tente un abcès de fixation auquel la malade réagit franchement. La température est entre 38°5 et 39°4. Le pouls reste autour de 80. Il y a des soubresauts de tendons. Le strabisme s'accroît; la céphalée s'atténue plutôt. La malade succombe

le cinquante-septième jour après l'accouchement, ayant présenté, un peu avant sa mort, un léger œdème de la lèvre supérieure.

OBSERVATION XIX

(FEUILLADE, thèse Nancy, 1924, d'après BOQUEL.)

Mme D..., 26 ans, malade pendant deux années consécutives, vers 16 ans, au moment de la puberté, avec albuminurie. Pas de renseignements positifs. Le 14 novembre 1921, accouchement normal, sans incident, après grossesse normale. Enfant bien portant. Suites de couches fébriles. Dès le deuxième jour, oscillation entre 37° et 38° et même 39°, pendant son séjour à l'hôpital qui dura quatre semaines. Fébrile au départ, mais sans qu'aucun phénomène autre fut noté que : empatement du cul-de-sac droit, mal délimité. Ballonnement du ventre, coliques, un peu de diarrhée, manque d'appétit, c'est-à-dire phénomènes locaux sans phénomènes généraux ou pulmonaires.

Revenue en février 1922 à la consultation, paraît fébrile, avec douleurs abdominales plus vives, tantôt à droite, tantôt à gauche. Pas de troubles intestinaux, mais envies fréquentes et douloureuses d'uriner. Urines claires, non albumineuses. Entre le 10 mai à l'hôpital, même état : masse à droite notable, pouls rapide ; fièvre à oscillation ; phénomène pulmonaire : néant. Diagnostic hésitant entre tuberculose péritonéale et lésions annexielles suppurées. Laparotomie : péritonite tuberculeuse avec granulations généralisées et masse adhérente à droite. On referme. Amélioration au moins passagère. Non revue.

OBSERVATION XX

(FOURNIER, *Bull. de la Soc. d'Obs. et Gyn.*, 1929.)

Femme primipare, accouchée fin juin 1920. Avait présenté pendant sa grossesse des symptômes pulmonaires suspects :

quintes de toux, fièvre légère, amaigrissement. Accouchement très laborieux, la dilatation ne faisant aucun progrès, malgré des violentes douleurs. Les bruits du cœur de l'enfant devenaient de plus en plus mal frappés; on est intervenu sans anesthésie générale. Enfant mort. Suites de couches: le lendemain matin, température: $37^{\circ}4$; pouls: 100. Les jours suivants, fièvre aux environs de 38° et état général assez satisfaisant. Le 19 juillet au soir, la température remonte brusquement à 40° et se maintient pendant une dizaine de jours malgré toutes les thérapeutiques instituées. Aucun symptôme d'infection utérine ou péri-utérine, à noter simplement un léger degré de ballonnement du ventre survenu brusquement et sans douleur. Pendant le mois d'août, la situation s'aggrave, l'état général devient de plus en plus mauvais, la malade est secouée par une petite toux sèche quinteuse, le ballonnement augmente et nous constatons la présence d'une petite quantité de liquide. Tous ces symptômes éveillent dans notre esprit l'idée d'une poussée aiguë de tuberculose évolutive avec localisations au niveau du péritoine. Le professeur André, consulté, déclare qu'il s'agissait d'un cas de granulie à localisations au niveau de la séreuse péritonéale. La malade succomba vers la fin du mois de septembre, environ deux mois et demi après son accouchement, sans qu'il fut survenu de changement appréciable dans son état local.

OBSERVATION XXI

(PILOD, d'après WESTENHOEFFER,
Deutsche Medizinische Wochens., 1903.)

Femme M..., 27 ans, nie toute maladie antérieure. Père mort de tuberculose pulmonaire. Tripare. Un enfant mort à 3 mois, deux enfants vivants et bien portants. Le 11 juillet 1902, elle avorte au cinquième mois. Le lendemain, elle se lève et vaque à ses occupations. De là, un grand épuisement, si bien que le 11 août elle est obligée de rentrer à l'hôpital. On pose le

diagnostic de septicémie. Fièvre entre 38°8 et 40°2. Pouls entre 108 et 140. En avant et en arrière de tout le poulmon, nombreux râles muqueux. Le bas-ventre est quelque peu ballonné, peu douloureux à la pression. Aucune sécrétion vaginale. Traitement: injections sous-cutanées de 20 cc. de sérum antistreptococcique et de 4 cc. de sérum de Meyer. Le 15 août, morte à 6 h. 30 du matin.

Autopsie (résumée). — Granulie du péritoine, des plèvres, des poulmons, de la rate, des reins et du foie. Au sommet du poulmon gauche, foyer induré de la grosseur d'une cerise avec des petits noyaux caséeux calcifiés. Des deux côtés, légères adhérences pleurales. Le péritoine du petit bassin est riche en granulations et en adhérences. Tuberculose caséuse de la trompe gauche, représentée par une foule de foyers caséeux de la grosseur d'un pois, qui donne à la trompe un aspect moniliforme. L'endomètre présente une formation caséuse profonde de 2 à 4 mm. et d'une étendue de 5 marks environ. Les masses caséuses de la trompe droite communiquent avec le péritoine; c'est à ce niveau qu'existe la plus forte éruption de tubercules miliaires. Rares granulations dans le canal cervical. Aucune lésion vaginale. Le cerveau est indemne. Un tubercule visible macroscopiquement dans la choroïde droite. L'examen microscopique indiquait une endophlébite tuberculeuse au niveau de l'endomètre.

La dissémination miliaire de la tuberculose provenait, selon l'auteur, des veines malades qui, après l'avortement, furent ouvertes et dans lesquelles on trouva des bacilles tuberculeux.

OBSERVATION XXII

(PILOD, d'après SCHELONG
Zentralblatt für Gynec., 1885.)

La femme G..., 24 ans, a fait son premier accouchement il y a six semaines. A la fin de la grossesse, elle a eu à se plaindre souvent de malaises, de douleurs dans le ventre, de faiblesse généralisée. Aussitôt après avoir accouché d'un en-

fant vivant et à terme, elle s'est sentie relativement soulagée. Mais le huitième jour après ses couches, elle tomba de nouveau malade avec une fièvre élevée du météorisme abdominal et l'insomnie. La sixième semaine après les couches, le 8 mai, la malade fut reçue à la clinique en présentant des symptômes très graves : légère cyanose du visage, épuisement profond, dyspnée. Toux très prononcée. Le membre inférieur gauche est oedématié ; il est légèrement fléchi. En avant et à droite du quatrième espace intercostal, matité profonde. Les deux bases de poumons sont mates. A l'auscultation : signes de bronchite diffuse. L'abdomen étendu, pas sensible à la pression. Le méso et l'hypogastre sont totalement mats. La limite supérieure de la matité passe par une ligne ouverte en haut, qui commence à gauche à un doigt au-dessous de l'arc costal, qui coupe la ligne médiane et passe dans la ligne axillaire droite à un travers de main au-dessous de l'arc costal. A l'exploration, on trouve un gonflement très net de la grande lèvre gauche. Vagin court, recouvert d'une substance gélatineuse. L'orifice du col est limité par un contour cicatriciel à gauche. Le corps de l'utérus n'est pas palpable par suite de la forte tension des parois abdominales. Urines claires, pas d'albumine. La ponction exploratrice est décidée et on retire un liquide jaune clair très fétide, par lequel on établit que, malgré l'absence d'éléments figurés et par suite des symptômes précédents, ce liquide provenait d'un exsudat. On retire au Dieulafoy huit litres d'un pus fétide. Il apparaît typique, à grumeaux plein de globules de pus. On fait un pansement compressif. La malade est très affaiblie, mais manifesta, le jour suivant, de l'euphorie. De plus, la température affectait continuellement le type inverse. Le 17 au matin, elle n'avait que 37°8. Puis aggravation ; on atteint et dépasse 40° ; l'état général devient très mauvais. La malade vomit et est prise de diarrhée profuse. Elle est incompréhensible le soir. On découvre une perforation dans le segment postérieur de la voûte palatine. Elle ne peut absorber que des liquides. L'état empire à vue d'œil. Une deuxième perforation apparaît. Tem-

pérature : 39°3. Pouls : 140. Vomissements fréquents ; on fait une deuxième ponction et un lavage antiseptique de la cavité péritonéale ; on retire un litre et demi de pus fétide. Le liquide de lavage revint clair et sans odeur. La sonorité abdominale reparut. La malade fut encore améliorée, prit du café et du lait. Pouls à 132. Cinq minutes plus tard après la ponction, le pouls devint imperceptible et elle mourut à minuit.

Autopsie (résumée). — Adhérences du diaphragme, du foie, de la rate et de l'estomac. La cavité péritonéale est parcourue par de nombreuses adhérences. Dans les replis péritonéaux anté-utérins se trouvent une petite collection de 200 gr. de pus. Granulie pleuro-pulmonaire intense. Le péritoine, l'intestin sont couverts de granulations. Granulations aussi dans la rate et dans les reins. Point de départ de l'infection : la trompe droite caséifiée.

OBSERVATION XXIII

(D'après GAUCHERAUD

Bull. de la Soc. d'Obs. et Gynéc., 1923.)

Femme de 22 ans sur laquelle on retrouve, comme antécédents, une pleurésie en 1921. En pleine convalescence de cette affection, elle accouche normalement d'un enfant à terme actuellement vivant et en bonne santé. Le 5 janvier, elle entre à la deuxième infirmerie pour une fausse couche de trois mois avec une rétention du placenta qui nécessite presque immédiatement le curage digital. A l'entrée, température autour de 39°, qui s'élève les jours suivants à 40°2. Le pouls ne dépasse pas 120. Vomissements, abattement, insomnie. Le silence abdominal est complet. Pas d'écoulement vaginal. Le toucher révèle que tout est rentré dans l'ordre, dans la sphère génitale, dans les jours qui ont suivi le curage digital. Depuis sa première grossesse, la malade a vu ses forces diminuer, une dyspnée d'effort s'installer et il est survenu une hémoptysie. L'examen pulmonaire montre des signes discrets de bacillose : matité nette à droite sous la clavicule. Respi-

ration rude, saccadée, parfois soufflante aux deux sommets. Rapidement l'état général décline. La dyspnée s'aggrave, l'amaigrissement fait des progrès rapides, puis à l'hébétéude et à la prostration rapide succède un état d'irritation méningée caractérisée par la raideur de la nuque, l'attitude en chien de fusil, les vomissements, la lymphocytose et l'hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien. Le dixième jour, une monoplégie brachiale incomplète, de l'inégalité pupillaire avec mydriase gauche, un délire violent. Température : 41°2. Pouls : 134. Le quatorzième jour, la malade meurt dans le coma.

Autopsie (résumée). — Dans les deux poumons, semis de granulations miliaires avec un foyer de trois ou quatre tubercules crétacés anthracosiques, au sommet droit. Semis de huit à dix granulations au niveau du pied de la première frontale gauche, avec une plaque de méningite. Rien de notable dans les autres organes.

OBSERVATION XXIV

(PILOD, thèse Lyon, 1909

d'après HÜNERMANN, *Archiv. f. Gyn.*, 1892.)

Une femme à 25 ans, sans antécédents, de santé excellente, enceinte pour la deuxième fois (le premier accouchement s'était passé sans incident), commence à souffrir dans les lombes et la région sacrée au cours du troisième mois ; au cinquième mois, elle avorte sans cause marquée, après une simple sortie en ville. Quelques jours après, la température s'élève et l'écoulement vaginal devient fétide. Au huitième jour, on trouve tous les signes d'une infection puerpérale grave. La température : 40° ; le pouls : 132, de la dyspnée, des accidents pulmonaires. On retire avec le doigt de la cavité utérine un fragment putréfié, gros comme le pouce et long de 9 cm., qui paraît être un fragment de membrane. Sur la paroi postérieure de la matrice on sent une masse irrégulière dont on enlève de petits morceaux avec une grosse curette mousse. La

fièvre ne tombe pas et l'état général s'aggrave, les phénomènes pulmonaires deviennent plus intenses. La malade succombe quelques jours après.

Autopsie. — On constate des granulations miliaires dans les poumons, la plèvre, la rate, le foie et les reins. Les deux trompes utérines sont augmentées de volume. La muqueuse est recouverte d'un enduit putrilagineux dans lequel fourmillent les bacilles de Koch. On les retrouve encore avec des petites cellules dans le contenu de l'utérus et les fausses membranes qui en tapissent la face interne; mais, plus profondément, il n'y a plus de trace de tubercules. Pourtant, dans un thrombus qui remplissait la lumière d'un gros vaisseau de la paroi, on a pu relever la présence de deux bacilles de Koch.

OBSERVATION XXV

(A. FRUHHINSHOLZ, D^r HARTEMANN et Mlle LACOUR
Maternité de Nancy; *Bull. de la Soc. d'Obs. et de Gyn.*, 1934.)

Primipare, 22 ans, dont les parents sont en bonne santé ainsi qu'un frère et une sœur, mais un autre frère est mort à 15 ans et demi de bacillose pulmonaire. Réglée à 12 ans, elle a toujours été d'une façon régulière, mais peu abondante et douloureuse. Mariée en 1933, devint très rapidement enceinte. D.R.: du 10 au 16 septembre. Le 8 février (vers quatre mois et demi environ), apparition au décours d'une grippe de douleurs abdominales, des petites pertes sanguines et expulsion rapide d'un fœtus présentant un nœud du cordon. Quatre jours après l'expulsion fœtale, le placenta est toujours retenu. Température à 40°. Son médecin procède à un curage digital. Dans les jours qui suivent, l'état infectieux persiste et ses médecins font procéder successivement à une séro-réaction et un séro-diagnostic. L'une et l'autre négatifs. C'est dans ces conditions que la malade est adressée, le 24 février, au service d'isolement de la maternité. On note à l'entrée: température: 39°7; pouls: 200; état général médiocre. On remarque au toucher l'existence d'un léger empâtement dans la région an-

nexielle gauche. Il existe des signes indubitables d'infection pulmonaire (râles humides des deux côtés avec souffle léger à gauche). Dans les jours suivants, les signes stéthoscopiques semblent se préciser et on a l'impression de la constitution d'une collection pleurale droite. La ponction reste négative. Crachats légèrement rouillés. Au vingt-deuxième jour, on remarque que l'abdomen se ballonne, durcit, devient sensible. Diarrhée. Le 7 mars, l'origine bacillaire devient de plus en plus probable. L'examen des crachats est négatif au point de vue B.K. Le 12 mars (le vingt-huitième jour), aggravation de l'état général. On est frappé de la rapidité de l'amaigrissement, le météorisme abdominal a considérablement augmenté. On note au toucher la tension des culs-de-sac. A partir du 15 mars, l'état décline très rapidement. Apparition d'une diarrhée fétide. Les vomissements sont devenus très rares. Dans les derniers jours, la dyspnée s'accroît, respiration superficielle, syncopes de plus en plus fréquentes. La malade meurt quarante et un jours après son avortement.

Autopsie (résumée). — Dans l'abdomen, liquide citrin en grande quantité. A la périphérie des anses intestinales, petits tubercules. Entre les anses, des poches de pus à caractère tuberculeux. La trompe droite est volumineuse et remplie par du caséum. La trompe gauche est plus volumineuse encore. Au niveau du pavillon on libère un gros abcès contenant 300 grammes au moins de pus tuberculeux. L'utérus n'est pas envahi. Rate très grosse et semée de tubercules granuliques. Foie atteint de dégénérescence graisseuse, présentant également quelques tubercules miliaires. Tubercules granuliques dans la corticale des reins atteints de néphrite chronique. Nombreux ganglions mésentériques calcifiés. Vestiges d'un petit épanchement à la base du poumon droit et dans la scissure interlobaire droite. Les deux poumons sont envahis par l'infection tuberculeuse. Tubercules granuliques sur les plèvres. On ne trouve pas, sur les poumons, des lésions plus anciennes. Péricardite chronique fibreuse, quelques tubercules sous-péricardiques.

OBSERVATION XXVI

(PILOD, thèse Lyon, 1909
d'après REBIÈRE, thèse Paris, 1900.)

Femme, 27 ans, entre à la maternité le 13 août 1899. Enceinte pour la première fois, à terme. Rien d'intéressant dans les antécédents personnels, sauf une grippe il y a quatre mois. La malade tousse depuis cette grippe. Elle accouche normalement le lendemain, la délivrance vient normalement. Dans les trois jours suivants, on remarque la pâleur de la face et la température a tendance à s'élever. Le 20 août, température à 39°6. On fait une révision et on retire un liquide sanguinolent sans odeur. Aux bases pulmonaires, un peu de congestion. Le 26 août, la température se maintenant à 38°, on fait une nouvelle révision sans résultat. Le soir, la température s'élève à 39°6 et le lendemain elle atteint 40°. A partir du 31 août jusqu'à la fin septembre, la température n'est pas descendue au-dessous de 39°, malgré les antithermiques donnés. De temps à autre, on a constaté du délire et de l'agitation. La malade manque d'appétit et a quelques vomissements alimentaires. Pas de toux et pas d'expectoration. Au point de vue pulmonaire, les signes n'ont guère varié. Le 7 septembre, apparition d'un escharre sacrée. Le 14, œdème des deux jambes, s'arrêtant aux genoux. Le 19, état comateux. Décès le 27 septembre.

Autopsie. — Deux petites végétations sur la valvule mitrale ; dans le poumon droit, des semis de granulations tuberculeuses ainsi que dans le gauche. Foie présente des granulations tuberculeuses ; les organes génitaux ne présentent rien d'anormal.

OBSERVATION XXVII

(Due à l'obligeance de M. le Professeur ETIENNE. Inédite.)

Une femme, 20 ans ; parents bien portants ; rien de pathologique dans les antécédents, à part une gastro-entérite dans

l'enfance et une anémie à 15 ans. Mariée en décembre 1932. Mari bronchitique. Devient enceinte en février 1933 et s'est plaint des douleurs à l'ovaire gauche pendant sa grossesse. Accouchement normal, 11 février 1934. Déchirure périnéale. Beaucoup de pertes pendant la grossesse et depuis l'accouchement, devenant même fétides. La malade n'est pas affirmative en ce qui concerne une révision de l'utérus. Le surlendemain de l'accouchement, la température à 39° et depuis la malade a toujours de la fièvre oscillant entre 38° et 40°. Depuis deux mois, des céphalées vespérales sont apparues; il y a huit jours, apparaissent des vomissements bilieux et alimentaires après le repas si la malade ne garde pas un repos absolu. Constipation opiniâtre; la malade se plaint de diplopie et de brouillards devant les yeux. Elle rêve constamment. A l'examen, raideur de la nuque, signe de Kernig positif. Pupilles inégales, en myosis à gauche, mydriase à droite. Submatité au sommet gauche et respiration soufflante avec quelques râles humides en tout temps et surtout après la toux. A la base, respiration un peu diminuée. Pouls à 88, un peu de tachycardie. Légère météorisme abdominale. La malade n'a pas été réglée depuis son accouchement. Cicatrice de déchirure du col vers la gauche. Culs-de-sac souples, celui de gauche douloureux.

Le 27 avril, la malade entre à l'hôpital absolument lucide, se plaignant de céphalées très intenses qui ne sont calmées par aucun médicament. P.L.: liquide clair, tension 38. On injecte 18 cc. de sérum de Jousset. Les céphalées sont un peu calmées. Le 30, la malade est de plus en plus sommeillante et obnubilée, se plaignant toujours de céphalées violentes. P.L.: tension 45, 104 cellules à 1 cc. Nombreux lymphocytes et quelques B.K. Réaction de Calmette positive. Le 1^{er} mai, la malade entre dans la torpeur et finit par mourir.

Malheureusement, on n'a pas pu pratiquer l'autopsie, pour confirmer le diagnostic clinique de méningite bacillaire.

OBSERVATION XXVIII

(A. FRUHINSHOLZ, Maternité de Nancy.
Soc. d'Obs. et Gynéc. Nancy, juillet 1934.)

Mme A..., 19 ans, mariée en 1933. Entre à la maternité le 5 mai 1934. Parents bien portants. Quatre frères et sœurs bien portants. Réglée à 13 ans, régulièrement. Pas d'antécédents. D.R. : du 18 au 20 août, donc environ grossesse de huit mois et demi. Au début de la grossesse : vomissements, quelques pertes blanches, pollakiurie. Vers le mois de mars, apparition d'un abcès du sein gauche, puis le sein droit est pris à son tour. On incise l'abcès à l'hôpital. Alors qu'elle était couchée, elle a ressentie des douleurs dans la jambe gauche et éprouve depuis des difficultés pour marcher. Trois semaines après, douleurs dans la jambe droite et, vers la fin avril, douleurs dans la région dorsale. Le 3 mai, les douleurs s'accroissent et s'irradient dans la région thoracique et abdominale.

5 mai : la malade éprouve des besoins fréquents d'uriner, rétention depuis la veille à 6 heures du matin. Elle accuse aussi une impotence totale des membres inférieurs. La mobilité active des membres inférieurs est complètement abolie, ainsi que la sensibilité jusqu'au-dessus de l'ombilic. Limite probable : x^e dorsale. Ne peut pas passer le bol fécal. Température : 36° ; pouls : 84.

Un cathétérisme donne 1 litre 1/2 d'urine. Pas d'albumine. Paraplégie presque complète. Ne sent plus remuer l'enfant depuis 24 heures, bien qu'on perçoit les battements. Quelques contractions vers 5 heures, perçues par la malade sous forme de piqures.

6 mai : la malade sommeille constamment et ne s'éveille qu'au moment des rares contractures douloureuses.

7 mai : la paraplégie est complète.

10 mai : vomissements sans céphalées.

11 mai, vers 16 h. 30, la femme perd les eaux et on note quelques contractions que la malade ne ressent pas. A 21 heu-

res, la tête apparaît à la vulve et la malade ne ressent pas des douleurs. On obtient, au moyen du forceps, un garçon de 2.930 gr. qui crie aussitôt.

12 mai : les réflexes rotuliens réapparaissent légèrement.

14 mai : selles spontanées et urine sans se rendre compte. A 18 heures, température : 40°8. Pas de dyspnée. Points de côté à droit et à gauche. Frissons. A l'auscultation : souffles aux sommets gauches et nombreux râles. Respiration rapide et artificielle. Faciès un peu angoissé. Il s'agit probablement d'une poussée d'œdème pulmonaire. On pratique une saignée de 300 grammes.

15 mai : température : 40°4. Pouls : 108. Dyspnée. Même état grave. On perçoit un deuxième foyer assez loin du hile.

19 mai : une catarrhe qui prend rapidement des grandes proportions. Ballonnement abdominal considérable. Souffles des deux côtés. Crache peu. Selles liquides, involontaires.

22 mai : on suppose qu'il se forme du liquide dans l'aiselle.

Le 30 mai apparaissent des escharres profondes et indolores.

Le 31 mai, elle succombe.

Une P.L. faite le 30 mai ne montre pas des germes, et rares lymphocytes.

Autopsie (résumée). — Escharre sacrée avec perforation du sacrum et fistulation rectale. Œdème de la région lombo-dorsale et taches ecchymotiques disséminées.

Cavité médullaire : volumineuse collection purulente, fusant à la région occipitale.

Moelle : engainée par un tissu sclérosé très dense. Dans la région lombaire des petites granulations, dont quelques-unes calcifiées. Dans la région dite de la queue de cheval, plusieurs vaisseaux veineux sont rompus et font des petites hémorragies.

Cavité crânienne : dure-mère extrêmement épaisse. Quelques granulations tuberculeuses jeunes, le long des vaisseaux du cortex.

Abdomen : sur le grêle intestin, des zones ulcérées, correspondant vraisemblablement à de l'entérite bacillaire.

Rate énorme, contenant des volumineux tubercules.

Foie hypertrophié, surchargé de graisse et quelques tubercules miliaires sur sa convexité.

Reins : dans la région corticale, des granulations correspondant à un processus tuberculeux ancien.

Utérus bien involué avec en son fond quelques caillots et débris fibrineux.

Thorax : deux-trois litres de liquide dans la cavité pleurale. Tuberculose ancienne des poumons. Tubercule crétacé aux sommets. Nombreux tubercules granuliques récents sur la plèvre.

Cœur flasque. Ganglions médiastinaux hypertrophiés et anthracosiques (deux sont caséifiés).

CHAPITRE VIII

CONCLUSIONS

1° La période du post-partum ou du post-abortum peut provoquer l'essaimage granulique.

Beaucoup de ces cas, non reconnus, sont classés parmi les infections puerpérales.

2° Le foyer bacillaire de primo-infection peut être pleuro-pulmonaire comme il peut être génital.

3° Certaines granulies semblent survenir à la suite de la contusion, de l'effraction ou de la rupture d'un foyer tuberculeux génital au contact de l'utérus parturient.

4° La granulie dans le post-partum affecte un certain nombre de formes cliniques et nous avons pu en dégager différents types :

a) Formes granuliques *primitives* :

α) Généralisées ;

β) Localisées (péritoine, plèvre, méninges).

Celles-ci pouvant être précoces ou tardives, et pouvant en imposer pour des manifestations puerpérales généralisées ou localisées.

b) Les mêmes formes granuli-ques mais *secondaires* (succédant à des manifestations primitivement puerpérales ou banales).

5° Le domaine de l'infection puerpérale, cliniquement établi, se réduit à mesure que le domaine des manifestations bacillaires pseudo-puerpérales se constitue et s'agrandit.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDÉRODIAS, MAHON et SURVILLE. — Sur un cas de granulie des suites de couches. *Bulletin de la Soc. d'Obs. et Gynéc.*, 1932.
- BAR. — Grossesse et tuberculose. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1922.
- BERNARD (Léon). — *Tuberculose pulmonaire*.
- BRINDEAU. — Pathologie de la grossesse. *La pratique de l'art de l'accouchement*.
- CALMETTE, NÈGRE et BOCQUET. — *Microbiologie et Sérologie*.
- CLEISZ (L.). — *Gynécologie et Obstétrique*, 1923.
- DANIEL (C.). — *La Tuberculose génitale de la femme*. (G. Doin, 1932.)
- DANTIER. — Thèse de Paris, 1919-1920.
- DECIO (C.). — *Zentralblatt für Gynäkologie*, janvier 1912.
- FEUILLADE. — *Tuberculose génitale dans ses rapports avec la puerpéralité*. Thèse Nancy, 1924.
- FOURNIER. — Tuberculose péritonéo-génitale et puerpéralité. *Bulletin de la Soc. d'Obs. et Gynéc.*, 1929.
- FRUHINSHOLZ (A.), HARTEMANN et LACOUR (M^{lle}). — Tuberculose génitale primitive. Péritonite bacillaire et tuberculose miliaire aiguë du post-partum. *Bull. de la Soc. d'Obs. et Gynéc.*, 1934.
- FRUHINSHOLZ (A.). — Méningites tuberculeuses du post-partum. *Gynéc. et Obst.*, mars 1934.
- FRUHINSHOLZ (A.) et COLLIN (R.). — A propos d'un cas de tuberculose aiguë (méningée et hypophysaire) au début de la gestation. *Bull. de la Soc. d'Obs. et Gynéc.*, 1923.

- FRUHHINSHOLZ (A.) et FEUILLADE (P.). — Tuberculose utéro-annexielle et puerpéralité. *Gynécologie et Obstétrique*, 1924.
- FRUHHINSHOLZ (A.), HARTEMANN et LACOUR. — *Tuberculose génitale et tubercuolse miliaire post-abortum*. Soc. Gyn. Obst. Nancy, avril 1934.
- FRUHHINSHOLZ (A.). — Nouveaux cas de tuberculose abdominale en rapport avec la puerpéralité. *Bulletin de la Soc. d'Obst. et Gynéc.*, 1928.
- FRUHHINSHOLZ (A.). — Granulies évolutives du post-partum en rapport avec une tuberculose génitale préalable. *Paris Médical*, 15 décembre 1934.
- FRUHHINSHOLZ (A.). — Tuberculose péritonéale aiguë du post-partum simulant une infection puerpérale. *Bulletin de la Soc. d'Obst. et Gynéc.*, 1926.
- FRUHHINSHOLZ (A.), HARTEMANN et LACOUR. — Tuberculose aiguë du post-partum. Soc. Obst. et Gyn. Nancy, juillet 1934.
- GAUCHERAUD. — Un cas de granulie dans le post-partum. *Bulletin de la Soc. d'Obst. et Gyn.*, 1923.
- GIRARD. — *Contribution à l'étude du rapport de la tuberculose et de la puerpéralité*. Thèse Montpellier, 1923.
- HOUEL et JAHIER. — Tuberculose et grossesse. Une pièce au dossier. *Bulletin de la Soc. d'Obst. et Gynéc.*, 1923.
- KUSS. — Tuberculose pulmonaire et gestation. *Bull. de la Soc. d'Obst. et Gynéc.*, 1922.
- MISGELD (J.). — *Zentralblatt für Gynäkologie*, n° 26, 1924.
- NOBÉCOURT et PARAF (Jean). — L'anergie tuberculinique au cours de la grossesse. Société Médicale des Hôpitaux de Paris; *Gyn. et Obst.*, 1923.
- PILOD. — *Granulie généralisée et puerpéralité*. Thèse Lyon, 1909.
- RIST. — Tuberculose et puerpéralité. *Gyn. et Obst.*, 1921.
- SCHICKELÉ. — Infections tuberculeuses aiguës des annexes dans le post-partum. *Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn.*, 1923.

- SERGEANT. — *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, t. 18.
- SERGEANT (Em.). — Tuberculose pulmonaire et gestation. *Bull. de la Soc. d'Obst. et Gynéc.*, 1922.
- TERECHOVA (A.). — La méningite tuberculeuse et la grossesse. *Progrès Médical*, n° 45, novembre 1932.
- TRANCHIDA. — Rarissimo caso di tubercolosi genitale in gravidanza et generalizzazione (miliare acuta) in puerperio. *Rivista d'Ostetricia e Ginecologia Pratica*, mars 1928.
- TURENNE. — *Gynécologie et Obstétrique*, 1927.
- VALLOIS, GOUSSEL et ROUME. — Quelques faits relatifs à l'étude des rapports de la tuberculose et de la gestation. *Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn.*, 1923.
- VORON. — Conduite à tenir chez la tuberculose pulmonaire enceinte. *Gynéc. et Obst.*, 1923.
- VORON. — Tuberculose et grossesse. Mort rapide après l'accouchement. *Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn.*, 1923.
- WALTHARD. — Septicémie et tuberculose miliaire à la suite l'interruption par intervention de la grossesse. *Archiv. für Gynäkologie*, mars 1933.
- WEYMEERSCH et OLBRECHTS (E.). — *Gynéc. et Obst.*, 1923.
- WISEMAN (J.-R.) et WALDEN RETAN (H.). — La tuberculose comme suite d'un accouchement, originale d'une tuberculose génitale. Forme aiguë miliaire. *Archives of Internal Médecine*, juillet 1927.
-

VU :

Nancy, le 8 décembre 1934.

Le Président de Thèse,

A. FRUHINSHOLZ.

VU ET APPROUVÉ :

Nancy, le 8 décembre 1934.

Le Doyen de la Faculté de Médecine.

L. SPILLMANN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Nancy, le 10 décembre 1934

Le Recteur de l'Académie,

L. BRUNTZ,

Président du Conseil de l'Université.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	7
CHAPITRE PREMIER. — <i>Limitation du sujet</i>	11
CHAPITRE II. — <i>Descriptions</i>	15
CHAPITRE III. — <i>Etiologie et Pathogénie</i>	27
CHAPITRE IV. — <i>Diagnostic</i>	35
CHAPITRE V. — <i>Responsabilité médicale</i>	43
CHAPITRE VI. — <i>Pronostic</i>	47
CHAPITRE VII. — <i>Observations</i>	49
CHAPITRE VIII. — <i>Conclusion</i>	89
BIBLIOGRAPHIE	91
